



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

João Gabriel Milhomem Lot

**ESTUDO DOS PROCESSOS DE HANDOFFS: Um caso do
Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de
Brasília**

Brasília – DF

2015

João Gabriel Milhomem Lot

**ESTUDO DOS PROCESSOS DE HANDOFFS: Um caso do
Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de
Brasília**

Monografia apresentada ao
Departamento de Administração como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Dr. Guillermo J.
Asper y Valdes

Brasília – DF

2015

João Gabriel Milhomem Lot

**ESTUDO DOS PROCESSOS DE HANDOFFS: Um caso do
Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de
Brasília**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de
Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do
(a) aluno (a)

João Gabriel Milhomem Lot

Dr. Guillermo J. Asper y Valdes
Professor-Orientador

Dr. Antonio Nascimento Júnior
Professor-Examinador

Dra. Olinda Maria Gomes Lesses
Professor-Examinador

Brasília, 27 de novembro de 2015.

Dedico esse Trabalho de Conclusão de Curso aos meus avós paternos, Maria Nilde e Paulo, que todos os dias, olham por mim e me guiam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, principal responsável por tudo isso. Aos meus avós, Clélia e Carlos Alberto, pelo incentivo e amor que sempre me dedicaram, e por sempre terem acreditado em mim. Aos meus pais, meu irmão e irmãs, Ana Claudia, Marcos Ricardo, Pedro Henrique, Ana Beatriz e Ana Carolina, pelo apoio, incentivo, compreensão, amor e principalmente por proporcionarem oportunidades de realizar meus sonhos, sempre estando ao meu lado quando precisei. À minha namorada, Malu, pela dedicação, amor e compreensão, principalmente na minha ausência no decorrer desse trabalho. Ao meu Orientador, Guillermo Asper, pela paciência, dedicação, incentivo e sabedoria que muito me auxiliou para conclusão deste Trabalho de Conclusão de Curso. A todos os mestres, familiares e amigos de verdade, que me ensinaram, incentivaram e ajudaram, direta ou indiretamente, contribuindo assim, para que eu pudesse crescer.

RESUMO

Handoff (passagem do bastão) tem o bastão como uma analogia para a transferência de responsabilidades entre agentes. O objetivo deste trabalho é estudar como os *handoffs* podem afetar a prestação dos serviços dentro do Hospital Universitário de Brasília. Trata-se de um estudo exploratório com caráter qualitativo. Os dados e informações foram coletados por meio de entrevistas no Centro Cirúrgico Ambulatorial, setor localizado no Hospital Universitário de Brasília. Utilizando-se de técnicas de análise de discurso e conceitos de gestão de processos, como o mapeamento dos processos, foi possível elaborar modelos que identificassem pontos de *handoffs* e outros gargalos nos processos atuais do centro cirúrgico. A análise foi realizada sob dois modelos, o *As Is* atual, de como é feito hoje; e o modelo *To Be*, com mudanças a serem implementadas para a melhora de processos e *handoffs*. Os resultados demonstram que medidas simples e outras mais complexas, envolvendo mudanças nos processos e *handoffs*, são capazes de trazer progressos no uso mais adequado de aspectos financeiros, materiais, humanos e sociais dentro do Centro Cirúrgico Ambulatorial.

Palavras-chave: *Handoffs*; Gestão de processos; Mapeamento de processos; Hospitais universitários.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo <i>As Is</i> do subprocesso pré-operatório.....	45
Figura 2 – Modelo <i>To Be</i> do subprocesso pré-operatório.	47
Figura 3 – Modelo <i>As Is</i> do subprocesso de recepção no dia da cirurgia.	48
Figura 4 – Modelo <i>To Be</i> do subprocesso de recepção no dia da cirurgia.....	49
Figura 5 – Modelo <i>As Is</i> do preparo da sala de cirurgia.	51
Figura 6 – Modelo <i>To Be</i> do preparo da sala de cirurgia.	52
Figura 7 – Modelo <i>As Is</i> de operação cirúrgica.	54
Figura 8 – Modelo <i>To Be</i> de operação cirúrgica.....	55
Figura 9 –Modelo <i>As Is</i> do pós-operatório.....	56
Figura 10 –Modelo <i>To Be</i> do pós-operatório.....	57
Figura 11 – Modelo <i>As Is</i> da alta.....	58
Figura 12 – Modelo <i>To Be</i> da alta.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANDES - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

BPMN – *Business Process Model and Notation*

CCA – Centro Cirúrgico Ambulatorial

DF – Distrito Federal

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUB – Hospital Universitário de Brasília

UnB- Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Formulação do problema	10
1.2	Objetivo geral	11
1.3	Objetivos específicos	11
1.4	Justificativa	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	Hospitais universitários	14
2.1.1	Centro Cirúrgico Ambulatorial	15
2.2	Processos	17
2.3	Subprocessos Ambulatoriais	20
2.4	Gestão de Processos	22
2.5	Handoffs	25
2.6	Mapeamento de Processos	29
2.7	Linguagem de Processos	30
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	32
3.1	Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa	32
3.2	Caracterização da organização	34
3.3	Participantes da pesquisa	39
3.4	Procedimentos de coleta e análise de dados	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1	Pré-operatório	43
4.2	Recepção no dia da cirurgia	46
4.3	Preparo da sala de cirurgia	49
4.4	Operação cirúrgica	52
4.5	Pós-operatório	56
4.6	Alta	59
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	63
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	74
	Apêndice A – Entrevista 1	74
	Apêndice B – Entrevista 2	77
	ANEXOS	78
	Anexo A – Organograma HUB	78

1 INTRODUÇÃO

O mundo evolui, cresce em população e consome cada vez mais recursos. Com o aumento da população mundial, mais problemas de saúde estão surgindo, e mais pacientes devem ser tratados. Especialmente no Brasil, onde hoje vivemos uma situação de corte de gastos, cortes de verbas destinadas à educação, à saúde, principalmente, nos cortes já definidos pelo governo nos orçamentos para a manutenção das universidades públicas.

Segundo presidente do ANDES, Paulo Rizzo, em reportagem da TV Globo só a Universidade de Brasília teve seu orçamento reduzido em 30% este ano. As universidades tendo seu orçamento reduzido, conseqüentemente, afeta suas estruturas internas como laboratórios, salas de aula, materiais e no caso da Universidade de Brasília, o seu hospital universitário o HUB.

Atualmente, o HUB enfrenta o desafio de implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa e para tanto, é necessário cada vez mais uma melhor gestão de seus recursos. Com a diminuição do orçamento universitário, tem-se um enorme desafio em como elevar seus padrões com uma menor disponibilidade de recursos. Existem algumas opções disponíveis para que o Hospital consiga executar tal tarefa, de uma forma que afete o mínimo possível seus serviços prestados, e que de certa forma amplie ainda mais a eficiência, a rapidez, e a qualidade desses serviços essenciais para a população do Distrito Federal e membros da universidade.

Dentre as diversas opções de regulação do controle de custos do hospital, há uma que não envolve especificamente o corte de material, o corte de pessoal, ou uma diminuição no geral de recursos utilizados pelo hospital, essa opção se refere a uma melhor gestão dos processos. Na administração, entendemos que toda empresa é regida por processos, desde os menos visíveis até os mais essenciais. Todos os serviços realizados por qualquer empresa têm processos envolvidos. De acordo com Oliveira (2007, p. 58):

Processo é o conjunto estruturado e intuitivo das funções de planejamento, organização, direção e avaliação das atividades sequenciais, que apresentam relação lógica entre si, com a finalidade de atender e,

preferencialmente, suplantando, com minimização dos conflitos interpessoais as necessidades e expectativas dos clientes externos e internos da empresa.

No livro *Administração de Processos*, Oliveira (2007) continua e destaca a importância de se compreender melhor a gestão de processos para entender que se refere a uma sequência de atividades que segue um cronograma, em que os recursos que estão envolvidos e a questão almejada se apresentam de forma clara.

O presente estudo visa apresentar uma forma de gestão de processos dentro do Hospital Universitário de Brasília, mais especificamente dentro do Centro Cirúrgico Ambulatorial, ou CCA. O estudo entende que através do mapeamento dos processos presentes atualmente, com todos os recursos, participantes e fatores detalhados, a fim de identificar possíveis falhas ou dispêndios desnecessários, para que seja possível implementar um modelo ou novos processos que reduza os custos envolvidos do Hospital.

Dentro da gestão de processos existe um estudo específico que é o que mais será usado para o redesenho dos processos e a consequente melhor alocação de recursos, esta ferramenta se chama *Handoffs*. Os *handoffs* nos hospitais segundo Cohen e Hilligoss (2010) são passagens ou episódios no qual um paciente e as informações sobre esse paciente são trocadas de profissional para profissional dentro do hospital de forma a garantir o mínimo de erro possível no tratamento do mesmo. Este estudo tem como foco entender as relações de processos e *handoffs* dentro do Hospital Universitário de Brasília e buscar trazer formas em que um maior entendimento de *handoffs* pode atingir uma maior redução de custos nas operações realizadas no hospital.

1.1 Formulação do problema

Tendo em vista as atuais dificuldades da economia brasileira, observa-se que existe uma enorme necessidade em formular e apresentar propostas para reduzir os gastos. Tendo em mente que os recursos disponíveis são escassos, principalmente, dentro do âmbito dos serviços públicos. Dessa forma, é necessário apresentar um

estudo que tendo em vista as limitações que estão impostas, possa ser viável de ser aplicado dentro do Hospital Universitário de Brasília com a perspectiva de inovar na alteração da rotina e da cultura organizacional presentes no centro cirúrgico ambulatorial do hospital, sem que de fato existam ainda mais cortes de recursos, apenas quando detectado que realmente não haja necessidade do material.

Foram descobertos que existem diversas atividades dispendiosas para o hospital que podem ser anuladas, ou, melhor aproveitadas, para gerar uma maior eficiência para a gestão hospitalar. Junto ao aumento da preocupação com os gastos públicos, que inclui os gastos com os hospitais públicos, e de um avanço nos estudos de formas de gestão de processos, que hoje em dia ganha espaço dentro da teoria de administração e nas empresas desejando se estruturar de uma maneira mais confiável baseada em processos detalhados e concretos, tem se o problema da pesquisa: como melhorar a realização dos processos cirúrgicos ambulatoriais dentro do Hospital Universitário de Brasília?

1.2 Objetivo geral

Avaliar a possibilidade de se apresentar um modelo de gestão inovador, envolvendo gestão de processos e *handoffs*, dentro dos parâmetros atuais do Hospital Universitário de Brasília, mais especificamente dentro de um dos setores chaves presentes, que é o Centro Cirúrgico Ambulatorial.

1.3 Objetivos específicos

- Evidenciar as principais teorias e ferramentas de gestão de processos, incluindo a parte de *Handoffs*, essencial para que os processos sejam realizados corretamente.

- Mapear o processo inteiro de cirurgia como um todo, assim como os seus subprocessos relacionados que são interligados e que fornecem as bases para que o processo todo seja realizado.
- Identificar possíveis falhas, que não são visualmente perceptíveis hoje em dia com a atual forma de gestão, mas que possam estar causando possíveis dispêndios de recursos humanos, monetários ou materiais.
- Analisar se a estruturação por processos no hospital, tão presente hoje em dia, em empresas dos mais diferentes segmentos realmente é viável e se consegue se apresentar com resultados positivos consistentes que comprovem essa nova forma de gestão a ser aplicada.

1.4 Justificativa

A principal questão apresentada para justificar a realização do trabalho é a sensibilização por parte dos envolvidos, de um dos maiores problemas do Brasil, a saúde pública. É recorrente, em todas as eleições para qualquer cargo político, vermos candidatos prometendo atuar mais e dedicar mais projetos e verbas, principalmente, para as áreas de educação e saúde. A situação da saúde pública no Brasil está em um patamar, onde muitos críticos a consideram caótica. Essa situação caótica se dá principalmente pelo fato de existir um modelo de má administração crônico, onde os já escassos recursos de todos os tipos são desperdiçados, onde não existe planejamento nem programação, onde não existem processos bem delimitados.

Partindo desse fato alarmante, existe a confiança de que evitando-se um desperdício de recursos, criando um modelo de planejamento e programação, e criando um ambiente onde a gestão é baseada em processos pode-se, apesar de todos os problemas de corrupção, melhorar o que hoje em dia não está funcionando. Melhorar para trazer mais eficiência aos hospitais e melhorar a vida das pessoas que dependem muito do serviço, principalmente os mais pobres.

Portanto, o assunto é de vital importância para a sociedade, e não está restrita a melhoria apenas da população mais carente. Além desse público, a

pesquisa poderá beneficiar os médicos, enfermeiros e toda a equipe dos hospitais que terão um ambiente melhor de trabalho, trazendo uma maior qualidade de vida para os mesmos. Beneficiará também os políticos brasileiros, que poderão ser alertados dos problemas e poder assim melhorar a aplicação dos recursos do governo na área de saúde. Por fim, a pesquisa visa a atender qualquer membro da sociedade brasileira, não só os carentes, já que todos poderão contar com um serviço público de saúde mais organizado.

Academicamente, o assunto é importante, pois traz um assunto que apesar de teoricamente difundido, é pouco aplicado nas empresas de fato. São poucas as empresas que dedicam seus estudos de gestão para entender como uma eficaz estruturação dos seus processos pode aumentar a sua produtividade, e consequentemente seus lucros.

Quais os benefícios que a aplicação de um modelo estruturado de gestão de processos pode trazer para o Centro Cirúrgico Ambulatorial no Hospital Universitário de Brasília?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico consiste no embasamento teórico da pesquisa que é feito através da busca de pesquisas anteriores para o apoio do objeto atual estudado. Nesta etapa também foi feita a análise da literatura com a finalidade de adquirir o conhecimento necessário para a pesquisa.

2.1 Hospitais universitários

O objetivo de se entender quais ferramentas devem ser usadas para a aplicação do estudo passa por uma necessidade de entendimento de tudo que envolve o objeto estudado, a começar pelo hospital universitário. Os hospitais universitários foram criados na cidade de Gundisharpur por volta do ano 531 D.C., pelo o império persa depois de uma vitória sobre os romanos. Os persas construíram nessa cidade um centro de ciência, educação e medicina, a chamada Academia de Gundisharpur. A academia foi, portanto, o primeiro hospital universitário da história (WILSON; GRANDE; HOYT, 2007).

No Brasil, os hospitais universitários foram se inserindo de diferentes formas dentro do sistema de saúde. Surgiu da necessidade de se implantar algum modelo em que fosse possível a articulação de novos profissionais para a prática e a pesquisa. Nos anos 50, instituições sem fins lucrativos eram os principais meios em que estudantes e profissionais da saúde usavam para praticar e atender. Com o passar dos anos foram se criando instituições vinculadas, principalmente, as universidades federais, para a aplicação do ensino médico. A partir da década de 1980, a manutenção dos hospitais universitários se baseou nos serviços para o setor público com grande intervenção do governo federal, ocasionando na enorme dependência dos hospitais em relação ao Ministério da Saúde que existe até hoje (MEDICI, 1992).

Mesmo sendo mantidos por órgãos estatais, os hospitais universitários vem crescendo e se multiplicando nos últimos anos e encontrando novos desafios de

como se manter competitivo. Hoje em dia, esses desafios estão baseados em alguns pilares como o fato de o hospital ter que se desenvolver como instituição de atendimento público de saúde; utilizar-se de novas técnicas de prevenção, de tecnologia e de ensino; aumentar a fiscalização devido ao aumento da regulação no setor; e por fim, envolve desafios que estão relacionados ao aumento do custo-benefício do hospital e a prioridade em submeter os hospitais em rotinas, procedimentos e práticas mais padronizadas. (MEDICI, 1992).

Esses dois últimos pontos se relacionam muito com o objeto de estudo desta pesquisa, onde por meio do desenvolvimento e aplicação de gestão de processos deseja-se alcançar a padronização de atividades para assim trazer uma maior redução de custos e melhora nas atividades realizadas.

2.1.1 Centro Cirúrgico Ambulatorial

Historicamente, o conceito de cirurgia esteve atrelado ao pensamento de que o paciente para poder sofrer a interferência cirúrgica e poder se recuperar dessa intervenção deveria ficar obrigatoriamente de repouso. Esse pensamento começou a mudar após o início da Segunda Guerra Mundial, quando a guerra exigiu que os pacientes fossem recuperados mais rapidamente, surgindo então o conceito de cirurgia ambulatorial. A cirurgia ambulatorial surgiu como uma forma de diminuir não só o repouso pré e pós-operatório como também o período de internação do paciente, com o intuito que o mesmo retornasse logo aos campos de batalha. Após a guerra, surgiram experiências que demonstraram resultados satisfatórios iguais tanto para as cirurgias ambulatoriais quanto para operações realizadas em regime de internação ou hospitalares (PALUMBO ET AL., 1952). Em 1960, nos Estados Unidos, o tratamento ambulatorial passa contar também com o apoio da anestesiologia, o que equipara totalmente a cirurgia ambulatorial com a cirurgia hospitalar em termos de segurança e eficácia, pois o médico passa a contar com praticamente as mesmas ferramentas que tinha na cirurgia médica (Cohen 1966).

Infelizmente, a história da cirurgia ambulatorial no Brasil iniciou-se da forma incorreta. Como um método de aceleração de atendimento, para que os médicos pudessem realizar o máximo de cirurgias, o mais rápido possível, para assim

diminuir a longa lista de espera de pacientes, principalmente no atendimento público, onde notoriamente até os dias de hoje existe a falta de profissionais médicos (SANTOS et al., 2003). Mesmo com esse problema, ao longo dos anos, tanto no Brasil como no exterior, existiu uma concentração de esforços para aperfeiçoar conceitos e práticas da cirurgia ambulatorial, tendo como um dos focos a redução de custos organizacionais.

Segundo Santos et al. (2008), a cirurgia ambulatorial tem como característica principal a ideia de que o paciente não precise ficar no hospital por um tempo superior a 24 horas no dia da cirurgia. A cirurgia ambulatorial trabalha em função do porte, do serviço e das condições dos pacientes, onde o paciente pode ser liberado logo após a cirurgia, após um tempo de pós-operatório ou após uma noite. Segundo Davis e Sugioka (1987), na seleção do paciente para a cirurgia ambulatorial deve-se atentar para a classificação do tipo de cirurgia: de grande ou pequeno porte. Sendo as de grande porte as cirurgias onde se necessitam anestésias gerais, e as de pequeno porte as cirurgias onde só se faz necessárias anestésias locais. Quanto aos pacientes, existem regras para que os mesmos possam ser atendidos no centro de cirurgia ambulatorial. Determinadas pelo Conselho Federal de Medicina (2008), no artigo 1º, inciso II, da resolução n.1.886/2008, o qual delibera que devam ser submetidos a cirurgia ambulatorial os pacientes: a) com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela cirurgia, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada; b) que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos que não precisem de cuidados especiais no pós-operatório; c) que disponham de acompanhante lúcido e previamente identificado.

Como dito anteriormente, os profissionais envolvidos com a cirurgia ambulatorial ao longo das décadas trabalharam para que o conceito fosse se aperfeiçoando tornando-se economicamente e socialmente viável. Logo, surgiram vantagens e desvantagens para a utilização de um centro cirúrgico ambulatorial. As vantagens do centro cirúrgico ambulatorial decorrem principalmente do fato da alta do paciente ocorrer no mesmo dia do procedimento, ocasionando pouco tempo de privação do convívio familiar, redução da ansiedade, menor risco de se contrair infecção hospitalar, diminuição do tempo de recuperação, economia para o hospital, além do aumento de leitos disponíveis para novos atendimentos (MAO, 1992).

Obviamente, o conceito de cirurgia ambulatorial sofre com críticas e com suas desvantagens que decorrem principalmente da falta de processos ordenados ou da falta de instrução do paciente. Nos centros cirúrgicos ambulatoriais, no geral, são altas as taxas de cancelamento de cirurgias. Por conta da não internação do paciente, os hospitais acabam ficando dependentes de uma boa conscientização do operado. São comuns casos em que o paciente não comparece a cirurgia, chega a cirurgia sem os requisitos necessários, sem um acompanhante, entre outros.

Existem problemas também relacionados a uma falta de estruturação do hospital e mais especificamente do centro cirúrgico ambulatorial. Esses problemas de estrutura certas vezes podem trazer uma suspensão da cirurgia ou uma necessidade de internação do paciente por um tempo superior ao de 24 horas, tirando assim todo o conceito do centro cirúrgico ambulatorial (DAVIS, 1987).

Portanto, segundo Catchpole et al. (2008) os centros cirúrgicos em geral, não só os ambulatoriais, por lidarem com situações extremas da vida do ser humano são obrigados a possuírem uma estratégia única de dinâmica de grupo. Normalmente, nos centros cirúrgicos atuam profissionais de diferentes áreas, com formações diferentes, experiências diferentes e objetivos diferentes, mas que mesmo assim devem trabalhar como uma equipe. No entanto, é neste ambiente complexo e multifuncional que ocorrem situações adversas que proporcionam oportunidades para comunicação errônea, motivações conflitantes, e falhas resultantes, não de incompetência técnica, mas de pobres habilidades interpessoais. Habilidades pobres que podem ser atenuadas pela implementação de novos modelos de gestão, principalmente os que visam a padronização e a melhora da comunicação entre as atividades.

2.2 Processos

O que nós temos hoje de estudos sobre processos surgiu basicamente do trabalho do dia a dia, em que pessoas normais são acostumadas a atuar. Um processo, nada mais é do que funções diárias que as pessoas tinham que desempenhar e ainda tem até os dias de hoje. Como são atividades diárias, surgiu a

necessidade de estudar esses processos para assim poder melhorá-los e consequentemente beneficiar a vida dos funcionários e empresas.

Antes da revolução industrial, os processos funcionavam de uma forma completa, ou seja, desde uma perspectiva dos processos eles eram completados de início a fim de uma vez só. Forma que ainda existe, principalmente em micro e pequenas empresas onde eles mesmos estudam, desenvolvem, vendem e entregam seus produtos ou serviços. O primeiro teórico a citar uma forma de processos foi Adam Smith no seu famoso livro *A Riqueza das Nações*. No livro, Adam Smith define uma forma que ele mesmo chamou de *Divisão de Trabalho*, na divisão de trabalho Adam Smith enaltece o fato de que se as atividades forem repartidas entre os trabalhadores, mais trabalho poderia ser feito em menos tempo, acarretando em mais produtos produzidos (SMITH, 1983).

Adam Smith estava correto na sua definição, mas ao longo dos anos o mundo foi evoluindo e foram se constituindo processos mais complexos que tornaram necessários estudos mais bem elaborados sobre o tema. No século 19, surgiu outro grande teórico que também estudou formas de aperfeiçoar o trabalho e a qualidade do trabalho executado, foi Frederick Taylor. Taylor usou estudos científicos para entender a padronização de processos, formas de treinamento e a estrutura ideal de funcionários e da administração. Dentre outros famosos especialistas que tiveram participação e grande contribuição para o estudo de processos estão: Peter Drucker, Henry Ford, Sakichi Toyoda, entre outros.

Seguindo uma visão mais simplista, Harrington (1991) sugere que um processo nada mais é do que um conjunto de atividades que transforma um input ou entrada em um output ou saída ao seu cliente final. Essa transformação ocorre através da adição de valor ao objeto ou ao serviço.

Harrington (1991) continua descrevendo um pouco mais da ideia de processo como um simples fluxo de entradas e saídas, que teve sua concepção na engenharia. Nessa visão, os inputs podem ser materiais ou até conhecimento, e os outputs são bem determinados, fazendo com que os processos sejam pouco flexíveis nesse âmbito. Algumas vezes por causa dessa falta de flexibilização, os processos acabam ficando muito rígidos, e assim na estruturação da organização, processos que não tem seu início e fim bem delimitados ou que dependem de muitas variáveis acabam ficando de fora.

Dentro de uma visão mais adequada e menos rígida proposta por Graham e Lebaron (1994), processos são um fluxo de atividades que trabalham coordenadamente para produzir um produto ou um serviço. Portanto, muitas vezes se torna mais prático e correto uma organização de processos em forma de etapas, onde metas e objetivos são alcançados para que se possa avançar para a próxima etapa. Dessa forma, em que não são bem delimitados a quantidade necessária de recursos, tempo e conteúdo os processos se tornam mais flexíveis deixando uma margem maior entre as entradas iniciais e resultados finais. Assim, os processos atuam coordenadamente sem a estrutura fixa citada por Harrington e com maiores possibilidades de se adaptar frente a possíveis adversidades.

Dentre os estudos mais atuais, que estão sendo utilizados atualmente como forma de organização de processos está a cadeia de valor sugerida por Michael Porter (1991). Porter estruturou uma cadeia de valor, que é uma forma de representação e relação de processos, que dão para as empresas que a utilizam uma vantagem competitiva por facilitar a forma de gerir os diversos processos que empresa possui. Na cadeia de valor de Porter, os processos são diferenciados em primários e de suporte. Os processos primários, são aqueles relacionados com a concepção e comercialização do produto de fato. Os processos de suporte têm a ver com os recursos necessários para a concepção e comercialização dos produtos, como, por exemplo, as pessoas, a estrutura, a tecnologia e outros. O modelo de Porter, porém não facilita o entendimento dos processos como forma de fluxo de atividades, e sim como uma explicação do valor agregado que cada processo deve ter para a sua correta funcionalidade. O conceito de Porter, portanto, é mais facilmente aplicado em organizações industriais, e dificilmente é aplicada em outros segmentos da economia como o da saúde. De qualquer forma, a cadeia de valor nos permite estudar o valor que cada processo transfere de um para o outro.

Segundo Davenport (1994, p.7), um dos criadores da Reengenharia, que mudou toda a visão teórica de processos “um processo é simplesmente um conjunto de atividades estruturadas e medidas, destinadas a resultar num produto especificado para um determinado cliente ou mercado”.

Ou seja, o processo é uma forma de se estruturar a ação e suas atividades, a fim de determinar claramente o começo, o meio e o fim, com a finalidade de especificar claramente cada atividade para que seja evitado ao máximo perdas de qualquer tipo.

Davenport (1994, p. 8) segue e ainda faz uma crítica as estruturas comuns encontradas nas organizações hoje em dia, “Enquanto a estrutura hierárquica é, tipicamente, uma visão fragmentada e estanque das responsabilidades e das relações de subordinação, a estrutura de processo é uma visão dinâmica da forma como a organização produz valor”

Ou seja, Davenport sugere que uma empresa orientada por processos tem uma dinâmica e flexibilização maior, características que acarretam em um maior valor entregue ao cliente final, ou no caso de serviços hospitalares, ao paciente. Os processos como Porter já dizia, são a estrutura necessária que a empresa usa para se entregar valor ao cliente ou paciente.

Dentre os pensadores nacionais destacamos Gonçalves (2000), que frisa que toda organização tem processos, e mais ainda, que todo produto ou serviço possui processos. Destaca que não faz sentido existir um processo se não se vai entregar um serviço ou produto no final para o cliente. Ou seja, toda organização e suas atividades fim são resultado de um conjunto de processos interligados que atuam coordenadamente, se não estão atuando coordenadamente não faz sentido existir.

Gonçalves (2000) destaca que os inputs e outputs não são o suficiente para descrever os processos como uma forma estabelecer o bom funcionamento, evitar ao máximo o retrabalho e determinar o correto fluxo de materiais e de pessoas. Os processos devem envolver também transformações, handoffs, feedback e repetibilidade. Conseguindo o processo envolver todas essas características e outras, garante as condições essenciais para a análise desses processos e a aplicação de uma gestão dos mesmos.

2.3 Subprocessos Ambulatoriais

O estudo foi dividido em etapas para o melhor detalhamento do processo como um todo seguindo os moldes das instruções definidas no livro *Análise e Modelagem de Processos de Negócio* - Valle e Oliveira (2013), essa decomposição funcional também pode ser entendida como uma classificação de subprocessos dentro de um macroprocesso, ou seja, é uma forma de dividir o processo estudado em partes menores de maneira a auxiliar o trabalho, o estudo e a análise a serem

feitas. É um método que permite a concentração de esforços, oferecendo melhores oportunidades de resultado.

Segundo Vernadat (1996) um modelo de empresa pode ser composto de muitos sub-modelos. Sub-modelo, ou subprocesso é um conceito particularmente importante dentro da gestão de processos. Cada subprocesso pode conter a descrição de um aspecto particular do macroprocesso como um todo tornando o estudo, a linguagem, a análise e a transmissão destas perspectivas de uma forma mais clara do que se fossemos analisar apenas o macroprocesso em uma única visão.

Seguindo essa instrução os subprocessos candidatos deverão ser escolhidos para assim serem melhor trabalhados. No Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília foram escolhidos 6 subprocessos que ocorrem de forma independente um do outro mas que são ligados por uma dependência entre eles, formando assim um único macroprocesso. São eles os do Pré-operatório; Recepção no dia da cirurgia; Preparo da sala da cirurgia; Operação cirúrgica; Pós-operatório; e Alta.

Segundo a *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* (2001), em seu primeiro programa de avaliação em cirurgias, define o pré-operatório como primordial para qualquer procedimento cirúrgico a ser realizado ser bem sucedido. O pré-operatório abrange uma cuidadosa abordagem clínica ao paciente, com exames básicos e cuidados que devem ser tomados antes da cirurgia.

A recepção no dia da cirúrgica, cumpre o papel, principalmente, burocrático do macroprocesso, segundo Flório & Galvão(1998) o processo de admissão do paciente ocorre de uma forma a conferir se todos os requisitos foram cumpridos e de passar informações para os profissionais e áreas competentes.

A montagem da sala de cirurgia, que é de responsabilidade principalmente dos enfermeiros, ocorre segundo Lima et al. (2013) de uma forma a conferir a arrumação da sala de cirurgia, onde como o nome indica ocorre a cirurgia do paciente, no intuito de garantir que os materiais e equipamentos estejam funcionando, disponíveis e acessíveis para os profissionais atuarem. Uma boa montagem da sala de cirurgia contribui para uma melhora no processo como um todo e garante uma maior segurança ao paciente.

A operação cirúrgica é de fato o subprocesso mais importante dentro do macroprocesso do Centro Cirúrgico Ambulatorial. Segundo Petroianu (2011) a

cirurgia foi o primeiro passo que diferenciou os homens dos demais animais, enquanto as outras manifestações são comuns, em diferentes proporções, em todas as espécies, a intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente foi algo que só o ser humano adquiriu. Segundo Goldenberg (2001, p. 1) “a cirurgia se dedica ao tratamento das doenças, lesões ou deformidades por processos manuais denominados operações ou intervenções operatórias ou cirúrgicas e inclui a técnica e táticas operatórias”.

O manual escrito pela *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* (2001) descreve o subprocesso pós-operatório como sendo os efeitos e as ações causadas no paciente decorrente de procedimentos cirúrgicos que causam alterações metabólicas e fisiológicas variando de intensidade a depender do paciente e do tipo de cirurgia. Essas alterações têm de ser tratadas e observadas por meio de exame clínico cuidadoso já que alterações não evidenciadas ou tratadas no momento do pós operatório podem causar complicações futuras.

Por último, completando o ciclo do macroprocesso do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília, está o subprocesso de Alta. Segundo Pompeo et al (2007) observa-se que a alta clínica é dada ao paciente no momento da saída do mesmo do hospital, onde são passadas muitas orientações de conduta para se evitar a reinternação. O que contraria a teoria explicitada por Huber & McClelland (2003) que ressaltam a importância da alta hospitalar se iniciar no momento que o paciente ingressa no centro cirúrgico e não na saída do mesmo do hospital.

Os seis subprocessos citados serão estudados, analisados, mapeados e trabalhados para se identificar potenciais deficiências dentro deles que possam ser sanadas e assim melhorar o desempenho da equipe de profissionais responsável pelo centro cirúrgico ambulatorial do hospital.

2.4 Gestão de Processos

Para muitos a gestão de processos não pode ser alcançada sem o uso da tecnologia, mas Jeston & Nelis (2014) no livro *Business Process Management* afirma que uma boa gestão de processos pode sim ser estabelecida sem nenhum tipo de

tecnologia, sendo necessário apenas bom conhecimento de ferramentas úteis que possam ajudar na tarefa. A gestão de processos vem sendo usada de diversas formas, mas a mais comum é como forma de melhora em projetos de uma forma que reduza o tempo, custos e recursos e melhore a efetividade.

Ao contrário de Jeston & Nelis, Weske (2012) acredita que a tecnologia da informação, e a tecnologia em geral merecem um lugar de destaque dentro da gestão de processos, ele ressalta que atualmente, mais e mais atividades são exercidas com a ajuda da tecnologia e de sistemas de rede. Inclusive existem atividades de gestão de processos que podem ser realizadas automaticamente com o auxílio da tecnologia, sem nenhuma necessidade de envolvimento humano. O objetivo, portanto, de uma eficiente gestão de processos estaria em diminuir ao máximo o espaço ou divisão existente entre a organização e a tecnologia.

Jeston & Nelis (2014, p. 4) definem a gestão de processos, como “uma disciplina de gestão, focada na utilização de processos como um contribuinte significativo para a concretização do objetivo de uma organização, através da melhoria, da continuidade de gestão e governança dos processos essenciais do negócio”.

Paim et al. (2009) no seu livro sobre gestão de processos destaca a importância da gestão de processos nas organizações, o que está diretamente ligada ao fato de que os processos tem uma parcela importante em qualquer aplicação de mudança interna ou externa nas organizações. A alteração da forma de se gerir a empresa está diretamente ligada à forma que os processos são projetados, documentados, desenhados e utilizados. Ou seja, a empresa que quer melhorar seu modelo de gestão a fim de trazer melhores resultados deve obrigatoriamente passar por uma reengenharia de processos. Melhorar os processos é uma ação básica para uma organização que deseja se manter competitiva.

Weske (2012) segue a mesma linha de destaque da gestão de processos afirmando que o entendimento dos processos é um instrumento chave para a organização de atividades e melhora da relação existente entre essas atividades.

Candido et al. (2008) busca exemplificar que a gestão de processos surgiu com a sociedade cada vez mais exigente. Consequentemente, a gestão de processos possibilita que a organização atue com eficiência nos recursos e na entrega de seus resultados. A gestão de processos aperfeiçoa a implementação de

estratégias organizacionais; torna clara a responsabilidade dos colaboradores, ou no caso dos agentes hospitalares, aumenta a relação existente sobre cada processo diferente; auxilia na implementação das mudanças necessárias e por fim contribui para um maior entendimento através da padronização e uniformização da forma de se trabalhar dentro da organização.

Objetivando uma gestão de processos mais qualificada, se faz necessário a divisão e a conceituação dos diferentes processos envolvidos, ou seja, é importante classificar os processos de acordo com a sua importância para o negócio final proposto pela companhia. Esta tarefa de identificação é bastante útil para se entender quais processos mais agregam valor ao paciente, e com isso possibilitar a melhor aplicação de ênfase e recursos.

Segundo Cerqueira Neto (1996) os processos podem ser qualificados em primários, de apoio e gerenciais. Os primários ainda se subdividem em chaves e críticos. Conforme Neto diz, essa classificação de processos é de extrema importância se o gestor de processos tem interesse em aplicar o mapeamento e a remodelagem de seus processos. Esta é uma das etapas iniciais da implementação da mudança dentro da organização.

Quanto o significado de cada classificação dos processos, Cerqueira Neto (1996) diz que os primários se referem aos processos mais importantes, que atuam diretamente com o cliente, nesse caso o paciente, e afetam diretamente o resultado final do negócio.

Os processos de apoio servem para auxiliar e dar suporte aos processos primários, de forma que estão diretamente ligados aos processos primários citados anteriormente, define Cerqueira Neto (1996).

Os processos gerenciais, conforme Cerqueira Neto (1996), tem a função de auxiliar a execução dos de apoio, desenvolvendo um papel de forma a garantir a boa alocação de recursos e meios para que todos os outros processos consigam atuar da forma adequada.

Fora essas classificações ainda se podem dividir os processos primários em duas outras. Segundo Cerqueira Neto (1996) os processos primários por terem alta importância dentro da organização devem ser divididos em processos primários chave e processos primários críticos. Os chave são aqueles que requerem altos custos financeiros e tem alto impacto no valor final percebido pelo cliente. Os processos críticos são aqueles que têm alto impacto na estratégia da organização,

devendo estar alinhados para que seja possível a boa entrega do serviço final ao paciente.

2.5 Handoffs

Segundo o dicionário em inglês americano, *handoff*, significa o ato ou instância em que se passa algo do controle de alguma pessoa ou máquina para o controle de outra, ou seja, o *handoff* ocorre quando existe a transferência de responsabilidade de um ser para outro.

Handoffs é entendido por Solet et al. (2005) como a transferência de papéis organizacionais e responsabilidades de uma pessoa a outra num processo físico ou mental. Ou em outras palavras a transferência de direitos, deveres e obrigações de uma pessoa ou time para outra.

Quando o paciente é visto como objeto da ação o foco do *handoffs* fica delimitado ao intercâmbio entre profissionais. Mas, quando o paciente é visto como sujeito dessa ação, então o foco pode migrar para a transferência de direitos, deveres e obrigações compartilhados bidirecionalmente entre pacientes incluindo seus acompanhantes e o time de profissionais de saúde que compartilha o atendimento deste paciente e entre os membros do time.

Handoff clínico é um processo interativo de passagem de informação específica do paciente, de um profissional para outro, com o objetivo de garantir a continuidade e a segurança do cuidado do paciente (Wayne et al, 2008). Constituem situações que requerem estreita coordenação, e intenso e efetivo intercâmbio de informações, no ato em que a responsabilidade sobre o cuidado do paciente é compartilhada ou muda de mãos, ou quando a autoridade sobre as decisões a serem tomadas é igualmente compartilhada ou transferida (FRIESEN; WHITE; BYERS 2008), considerando-se ainda o papel da participação do paciente e seu grupo de apoio.

Nos hospitais, *handoffs* ocorrem a todo momento e envolvem principalmente o paciente, que é o objeto de trabalho do hospital. Diferente de empresas e fábricas que lidam com materiais físicos, nos hospitais são os pacientes que são transferidos de uma unidade ou setor para outro. Fora essas transfrências do próprio paciente,

existem também a mobilidade e *handoffs* das informações relacionadas ao paciente, como é o caso dos pareceres dos especialistas do hospital, prescrições médicas, receitas médicas, prontuários, mapa cirúrgicos, entre outros. Todas essas atividades exigem transferência de responsabilidades que envolvem o cuidado com o paciente, e envolve diversos agentes como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, e até mesmo o próprio paciente, além de outros. (CHIRCU et al, 2013).

Friesen et. al. (2008) destaca ainda que o aumento na complexidade das operações no hospital, aumenta o nível de *handoffs* presentes. São nos eventos com maior nível de especialização envolvida que requerem um maior cuidado na transferência de responsabilidades, autoridade e informações. No Centro Cirúrgico Ambulatorial, o subprocesso de operação cirúrgica por ser o mais complexo é o que envolve o maior número de eventos *handoffs*.

Friesen et. al. (2008) ainda chamam a atenção para o fato que é o aumento do nível de especialização, logo a crescente complexidade dos serviços de saúde que aumentam o risco da execução de eventos *handoffs* uma vez que estes requerem transferência de responsabilidades, autoridade e informação. Essa especialização leva ao aumento da frequência de *handoffs* e a variedade de especialidades ao desafio do uso de uma linguagem comum a todos.

Segundo Runy et al. (2008) 35% das situações de erros médicos que poderiam ser evitados e que causam sequelas são advindos de uma má gestão dos eventos *handoffs*, onde ocorre a falha da transmissão da comunicação ou responsabilidade. Patterson et al. (2004) trás um exemplo de um caso clássico onde uma má organização dos *handoffs* de um hospital causou danos irreversíveis a um paciente. Esse exemplo, foi um caso que ocorreu na Flórida estado localizado no sul do Estados Unidos. Nesse hospital da Flórida, um paciente foi internado para que uma de suas pernas fosse amputada, o que aconteceu foi que o paciente teve a perna errada amputada. O erro foi causado pela transmissão de informações erradas que passou por técnicos de enfermagem, por enfermeiros e por médicos. Patterson, ainda lembra que o erro foi notado por uma enfermeira mas que não foi relatado para os outros profissionais, possivelmente, pela falta de entrosamento e meios de comunicação existentes entre eles. O caso mostra um erro monstruoso, mas que exemplifica bem como falhas de *handoffs* podem ser cruciais.

Chassin et al. (2002) lembra outro caso causado por falhas em eventos *handoffs*. Esse outro caso, que também ocorreu nos Estados Unidos, foi de uma

cirurgia que foi realizada no paciente errado. Uma senhora que estava internada para fazer um procedimento no cérebro, foi enviada sem querer para a sala de cirurgia de um paciente que iria fazer uma cirurgia no coração. O médico depois de 1 hora de cirurgia, quando o corpo da paciente já tinha sido trabalhado notou que a paciente era outra. O procedimento foi cancelado, mas mesmo assim, pôde mostrar como a paciente teve que passar por riscos desnecessários por conta de erro em *handoffs*. No caso, atitudes básicas como uma simples conversa do paciente e seus acompanhantes com o médico poderiam ter evitado o erro. Mostra como os pacientes e seus acompanhantes também devem ser incluídos na ações para melhora dos processos e dos *handoffs* existentes.

Os exemplos são importantes para demonstrar como o assunto é importante. Chircu et al. (2014) completa informando como *handoffs* podem envolver diversos tipos diferentes de falhas incluindo aspectos quanto à validade, acurácia, responsabilidades, comunicação e oportunidade da informação. O estudo de Chircu et al. relata ainda que os métodos utilizados para a melhora desses *handoffs* incluíram técnicas de desenho e análise de processos hospitalares que visavam ajudar a reduzir erros ao prevenir, detectar e corrigir falhas na qualidade da informação.

A atenção à saúde com ações que envolvam o paciente, estimulando o engajamento ativo do paciente no seu cuidado, tem se tornado parte integral das políticas de saúde dos Estados Unidos, especialmente, em casos de cirurgias relativamente simples como normalmente são as cirurgias ambulatoriais. Programas específicos para que a tomada de decisão seja feita de uma forma compartilhada, envolvendo enfermeiros e pacientes, incentivam mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde, facilitando a participação efetiva do paciente em seus contatos clínicos (BARRY et al., 1995).

A inclusão do paciente para a melhora dos eventos *handoffs*, significa o reconhecimento por parte da equipe do hospital que o paciente é o principal interessado em todo o processo de cirurgia ambulatorial que ocorre no hospital. Significa também o reconhecimento de que o paciente tem informações importantes tanto que auxiliem no seu cuidado, como de informações que devem ser absorvidas pelos profissionais que possam ajudar em futuras operações em próximos pacientes. No entanto, o compartilhamento de informações e da tomada de decisões não significa colocar o paciente no controle dos procedimentos a serem feitos, e sim

como a própria definição do termo compartilhamento afirma que é a inclusão da participação do paciente, de uma forma a ajudar a diminuir o risco de erros em relação a sua própria saúde. Também como uma forma de respeito à sua própria autonomia, como um princípio de ética que rege a relação entre pessoas na sociedade.

Para El Sawy et al. (2012) o aumento das oportunidades de empoderar o papel dos diversos *stakeholders* do processo e o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas amplia a efetividade de eventos de *handoffs*.

Um estudo feito por Seligman & Csikszentmihalyi (2000) usando a psicologia positiva mostra que o favorecimento para o alcance de transformações e mudanças a serem feitas em processos estratégicos da organização, ocorrem mediante a aceitação por parte dos profissionais da importância de práticas positivas que estimulem o compartilhamento e a exposição de emoções criativas e adaptativas. No caso do hospital, enfermeiros, pacientes e médicos devem ser estimulados para esse compartilhamento de emoções e informações.

Thompson (1967) em um estudo sobre processos naquela época já definia que muitos processos são dependentes de uma conexão entre as diversas áreas da organização, destacando de certa forma o papel dos *handoffs* entre essas áreas, mesmo que o termo não tenha sido explicitado. Thompson diz que todas as áreas com suas atividades são responsáveis pelo alcance dos objetivos, e devem trabalhar em conjunto para otimizar seus processos.

Stabell e Fjestad (1998) chamam de "*value shop*" o tipo de funcionamento a ser observado na interação do *handoffs* caracterizado, normalmente, pelo intenso uso do aprendizado e a criação de conhecimento.

Gray et al (2010) favorece uma reflexão sobre o tema *handoffs* indicando que nas situações de saúde críticas deve-se customizar o formato do fornecimento do serviço médico segundo o paciente e ao mesmo tempo utilizar, apropriadamente, opções tecnológicas intensas capazes de se beneficiar dos sistemas de registros eletrônicos digitais de saúde. Caberá porém a uma correta orientação fazer com que mesmo os pacientes possam atuar habilmente como percussores da inovação de processos e de seus *handoffs*.

Ainda, Brodzinski (2011) destaca que como a conveniência da inovação de processos não pode ser praticada indiscriminadamente se faz necessário um critério

de escolha prioritária, e nesses casos os processos *handoffs* se destacam pela sua condição estratégica.

Neste projeto, propõe-se a aplicar uma análise semelhante à de Chircu et al. (2014) para avaliar riscos em processos hospitalares e em seus *handoffs*, especificamente, de processos e *handoffs* relacionados as cirurgias ambulatoriais do Hospital Universitário de Brasília.

2.6 Mapeamento de Processos

Tendo em vista a intenção de se colocar uma gestão de processos em prática, faz-se necessário a utilização de uma prática que possa permitir de fato o conhecimento e entendimento dos processos em si, essa prática consiste no mapeamento de processos. Segundo Johansson et al. (1995) uma mudança organizacional só é possível se os gestores conhecem bem seus pontos de início, entradas, saídas, influências, limitadores, finalidade e principalmente seus processos. Essa mudança organizacional e o entendimento desses fatores podem ser alcançados através do mapeamento de processos

A primeira etapa para elaborar um plano de mapeamento de processos, é a definição dos processos que se pretende mapear. Dessa forma tem-se o objetivo de se entender como que o processo funciona atualmente. Segundo Hunt (1996), é necessário o mapeamento da organização como ela é a fim de se estabelecer uma comparação entre o modelo atual, e um modelo proposto. Na linguagem de mapeamento de processos, o modelo atual leva o nome de modelo *As Is*, ou seja, “como é” em inglês. Já o modelo proposto, é chamado de modelo *To Be*, ou seja, “como vai ser” na língua inglesa.

Oliveira et al. (2013) define o *As Is* e o *To Be* como essenciais para a idealização do melhor cenário para o funcionamento da organização. Pois, eles conseguem propor a implementação mais adequada para os moldes da companhia em questão.

Hunt (1996) define o mapeamento de processos como uma ferramenta gerencial analítica que tem a funcionalidade de estudar os processos existentes e propor melhoria a eles, ou até mesmo a criação de novos processos em substituição

dos antigos. Essa análise voltada para o mapeamento de processos tem como benefício a melhora da comunicação interna, a redução custos em atividades, a redução de falhas na realização dos trabalhos e permite uma maior integração da equipe e estrutura da organização como um todo.

Oliveira et al.(2013) destaca que o mapeamento de processos tem a finalidade de criar um modelo gerencial utilizando-se de diagramas operacionais. Esses diagramas operacionais funcionam de forma a auxiliar na validação do projeto, de uma forma que os processos remodelados ou os novos processos possam ser transmitidos, adaptados e testados para que realmente a comunicação, qualidade, custos e um bom desempenho estejam sendo aperfeiçoados.

O modelo construído de mapeamento de processos utiliza-se de diagramas que simulam os processos em si dentro da organização em estudo. Os diagramas servem para dar base para a representação lógica do que se pretende atacar para a melhoria dos processos, pois mostra a relação entre macroprocesso, subprocessos, atividades entre outros, mostrando o fluxo que deve ser seguido e os relacionamentos observados, Oliveria et al. (2013)

Do modelo construído saem principalmente as indicações de onde estão ocorrendo as falhas, assinalando assim onde estão os focos que precisam de ajustes e da aplicação de melhorias para que o modelo proposto atenda o seu objetivo, Oliveira et al. (2013)

2.7 Linguagem de Processos

O mapeamento de processos é capaz de construir diagramas com a sua própria notação, que é a linguagem de processos. A linguagem de processos utilizada no estudo é o BPMN (*Business Process Model and Notation*). Segundo o portal do BPMN na internet, a linguagem tem a função de providenciar para as organizações uma capacidade de internalizar processos mapeados e também de facilitar a comunicação desses processos, já que o BPMN é um modelo padronizado de notação para mapeamento de processos. O BPMN veio para servir como padrão em todas as organizações que tem processos para gerir, ou seja, atinge todas as organizações no mundo.

O mapeamento de processos com o uso do BPMN é bastante flexível na montagem de diagramas, e embora seja rica e flexível Oliveira & Almeida Neto (2013) garante que uma boa montagem de diagramas precise apenas de quatro elementos principais, que são as atividades, os eventos, os *gateways* e as rotas. Porém, no estudo também serão utilizados outros dois artefatos do BPMN: *pools* e *lanes*, para maior detalhamento do estudo.

Segundo Marella (2010), as atividades são todo o trabalho que é realizado dentro dos processos que envolvam recursos e dispêndio de tempo. As atividades, normalmente, requerem algum tipo entrada ou saída para que elas possam ser iniciadas.

Marella (2010) continua mencionando que eventos são todos aqueles aspectos que ocasionam em alguma mudança no processo. Essas mudanças podem ser de início do processo, fim do processo, diminuição da velocidade do processo ou interrupção do processo.

Os *gateways* são definidos por Marella (2010), como os elementos que controlam a direção do processo, os *gateways* ou decisões em português são capazes de mudar o fluxo do processo e representam pontos de controle do gestor do processo.

Segundo Valle, Oliveira e Braconi (2013), as rotas ou conectores são o que delimitam a sequência de fluxo, a ordem que as atividades serão organizadas e executadas. As rotas além de conectar os elementos do BPMN mostra por onde, como e em qual direção a mensagem do processo vai ser transmitida.

Por fim, White (s.d) destaca o conceito de '*swimlanes*' que contêm as *pools* e as *lanes*. O conceito que foi baseado nas raias de piscinas, tem a funcionalidade de facilitar a visualização do processo de uma forma que seja possível ilustrar as partes envolvidas responsáveis por cada processo.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Nesta etapa, método de pesquisa, o texto tem como objetivo apresentar e explicar as formas, técnicas utilizadas para o estudo e realização do trabalho.

Neste capítulo serão desenvolvidas algumas seções como: tipo e descrição geral da pesquisa; caracterização da organização, setor ou área; caracterização da população e amostra; caracterização dos instrumentos de pesquisa; e descrição dos procedimentos de coleta e de análise de dados empregados.

3.1 Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa

Toda pesquisa é classificada segundo seus critérios, o primeiro critério a ser avaliado para a descrição da pesquisa é quanto ao seu objetivo. A classificação desta pesquisa quanto ao seu objetivo é exploratória. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar mais familiaridade com o assunto em questão, a fim de trazer mais informações e da construção de hipóteses sobre o tema.

O planejamento da pesquisa exploratória costuma ser bastante flexível, o que acarreta em inúmeras oportunidades diferentes para a coleta e análise das informações.

A pesquisa foi classificada como exploratória, pois envolve uma forma de gestão diferente da comum aplicada pelo Hospital Universitário. Além disso, o estudo tem a intenção de identificar os *handoffs* existentes dentro do centro cirúrgico ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília, algo que ainda não foi feito na instituição.

Dessa forma, pretende-se explorar esses conceitos relacionados ao ambiente do estudo real que é o Hospital. Descrivê-los com exatidão de uma forma que possa ser factível relacioná-los, e talvez ser capaz de identificar possíveis formas em que a teoria ou os conceitos podem ajudar a facilitar a prática, e consequentemente, no caso, a população atendida no Distrito Federal.

De acordo com Gil (2008), esta pesquisa pode, também, ser classificada como um estudo de caso, que ocorre quando se estuda poucas variáveis relacionadas a um determinado tema a fim de obter informações mais precisas e pouco estudadas anteriormente de uma forma em que se possa expandir o conhecimento sobre objeto estudado. Como o estudo de caso é caracterizado pelo autor como sendo múltiplo, possibilitando o estudo de novos problemas, relacionando novos atributos e criando novas hipóteses.

Em relação à natureza das variáveis a pesquisa foi qualitativa. Zanella (2009) destaca que a pesquisa qualitativa preocupa-se em conhecer a realidade segundo a perspectiva dos sujeitos participantes da pesquisa, sem a utilização de métodos estatísticos. Ou seja, o entendimento da realidade que se está estudando advém de um estudo envolvendo tanto o objeto quanto o participante. Onde o participante possui menos rigor metodológico para realizar seus questionamentos e estar presente na pesquisa. Por ser mais dinâmica que a pesquisa quantitativa, o pesquisador acaba se tornando um elemento chave para o resultado do trabalho, pois os dados vão ser analisados de uma forma mais intuitiva pelo pesquisador e menos fria.

A classificação do trabalho como qualitativa, se deve ao fato dos dados da pesquisa se basearem principalmente nas entrevistas realizadas, e vivência experimentada dentro do centro cirúrgico ambulatorial. As entrevistas foram feitas de uma maneira flexível onde o importante era a colher as informações necessárias para o desenvolvimento do mapa de processos e identificação dos *handoffs*, de modo que fosse possível adicionar perguntas que não estavam previstas previamente ao longo da entrevista.

Segundo Mattar (2008, p. 159), “dados primários são aqueles que ainda não foram antes coletados. Eles são pesquisados com o objetivo de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento.” Os dados primários podem ser coletados com objetivo de obter o conhecimento dos participantes da entrevista, além de entender os comportamentos desses entrevistados. No caso da pesquisa, os dados são classificados como primários pois são obtidos diretamente dos respondentes e tem, justamente, os objetivos citados acima.

3.2 Caracterização da organização

O Hospital Universitário de Brasília está localizado na Região Centro-Oeste mais precisamente localizado ao centro-norte do Distrito Federal. O Distrito Federal é dividido em 31 regiões administrativas, distribuídas em um quadrilátero de 5.789,16 km² com um único município registrado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Brasília. O hospital além de atender a todo o Distrito Federal, também serve como referência para municípios do entorno em Goiás e Minas Gerais. Atendendo assim, uma população aproximada de 3 milhões de pessoas (EBSERH, 2013-2014).

Com relação à saúde, de acordo com a Secretaria de Saúde, no DF ainda há doenças relacionadas ao subdesenvolvimento e más condições de vida, convivendo com um aumento das doenças crônicas e da violência e trauma. No Distrito Federal, apesar de ser referência para a população e estudos, o Hospital Universitário de Brasília ainda não é integrante oficial do sistema de saúde brasiliense.

Em Brasília, o Hospital Universitário de Brasília, ou o HUB foi inaugurado em 1972, ainda durante a ditadura militar que governava o país na época, recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici, honrando assim o famoso e notoriamente mais severo presidente do regime militar, Emilio Garrastazu Médici. Durante os primeiros anos de funcionamento, o hospital servia exclusivamente para o atendimento aos servidores públicos e federais que trabalhavam na capital do país. Apenas em 1979, por meio de convênio assinado entre governo federal e universidade o hospital passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, UnB.

Apesar do convênio assinado em 1979, o hospital não era ainda de fato pertencente a universidade, fato que gerava desconforto entre gestores da UnB, gestores do hospital, médicos, professores e principalmente entre os estudantes que depois de aproximadamente 10 anos finalmente conseguiram se organizar para protestar e exigir a cessão em definitivo de toda a estrutura do hospital para a posse da universidade. Após um processo longo e conturbado, em 1990, o hospital foi de fato cedido para a universidade, tendo o seu nome alterado para o que conhecemos hoje, Hospital Universitário de Brasília ou HUB.

Desde 1990 até 2004, o hospital passou por momentos muito difíceis com a transição de gestão do hospital, muitos funcionários que estavam trabalhando desde a época do regime militar acabaram aposentando, abandonando ou simplesmente saindo descontentes com os novos rumos do hospital. A partir de 2005, o hospital começa a se reestruturar novamente, sob direção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) empresa que integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais. Hoje em dia o hospital funciona exclusivamente com atendimento ao SUS (HUB, 2015).

Após a abertura de seu funcionamento para o SUS, o hospital se deparou com situações de lotação. Por ser considerada referência em qualidade dentro do quadro de hospitais públicos do Distrito Federal e entorno, o Hospital Universitário de Brasília que por um lado tem a vantagem de ser reconhecido como um hospital de valor, tem como desvantagem o fato de ter que atender mais pacientes do que o adequado. Muitos pacientes atendidos pelo hospital vêm de áreas administrativas ou até mesmo estados que estão fora da área delimitada de atendimento do hospital universitário. Esse fato, leva o hospital a ter que abrigar mais pacientes do que o previsto, às vezes o sobrecarregando (HUB, 2015).

A mudança para a gestão da Ebserh teve o intuito de proporcionar a recuperação da infraestrutura física e tecnológica e a recomposição do quadro de pessoal, um dos principais desafios da rede. Contudo, junto com essa mudança surgiram conflitos e críticas como o fato de hoje o quadro de funcionários estar dividido em funcionários antigos que ingressaram através das universidades e funcionários mais novos que ingressaram através da nova gestão, e que tem diferentes forma de renumeração, benefícios e trabalho. Outras questões, são o fim da autonomia universitária que a nova gestão trouxe e o atendimento exclusivo ao SUS implantado, anteriormente, era possível atendimento privado e aos convênios de saúde (HUB, 2015).

Outro problema reconhecido, inclusive pelo próprio hospital, é a falta de processos em áreas estratégicas. Segundo documento elaborado pela Ebserh, onde são apontados pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades, um dos pontos fracos do Hospital Universitário de Brasília é de que muitas ações ainda seguem culturas organizacionais antigas, com fluxos particulares, sem processos

definidos institucionalmente. A definição desses processos é um dos objetivos da gestão do hospital (EBSERH, 2013-2014).

O Hospital Universitário de Brasília tem compromisso tanto com a comunidade como com a academia. Tem missão, visão e valores bem definidos.

Missão: Cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde.

Visão: Ser um hospital de excelência, acreditado para cuidados de média e alta complexidade, ensino, pesquisa e extensão em um contexto humanizado e interdisciplinar.

Valores: Ética; solidariedade; transparência; responsabilidade ambiental; compromisso social; compromisso com a excelência.

O organograma do hospital universitário foi reformulado depois de sua integração com a Ebserh.

Ficando como apresentado no anexo A abaixo:



fonte: EBSERH

O Hospital Universitário de Brasília é estruturado de forma a dar suporte para áreas de manutenção, administração, ensino e assistência hospitalar. Essas áreas são divididas em 9 unidades, entre elas, unidade 1, 2 e 3, centro de alta complexidade em oncologia, clínica odontológica/farmácia escola, engenharia, serviços de apoio e principalmente, em ambulatório 1 e 2. Além dessas unidades, existem outras que estão em processo de criação. Os ambulatórios, onde o estudo ocorrerá, são compostos por salas de cirurgia ambulatoria especializada, salas de

aula, centro de apoio ao idoso, centro de apoio aos servidores da UnB e centro de saúde auditiva (EBSERH, 2013-2014)

Apesar de existirem dois ambulatórios, apenas o ambulatório 1 participará do estudo que contém o setor de centro de cirurgia ambulatorial, onde ocorrem principalmente cirurgias de baixa complexidade que como referenciado anteriormente, tem como objetivo principal atender os pacientes para que eles sejam liberados em no máximo 24 horas. O setor foi escolhido devido ao fato do local possuir altos índices de erros e pouca padronização por processos, o que pode ser amenizado com a aplicação dos estudos de gestão de processos e *handoffs*.

O Centro Cirúrgico Ambulatorial tem papel importante na realização de procedimentos de pequena e média complexidade, e chega a fazer mais de 10 mil consultas por ano (EBSERH, 2013-2014). Apesar do número altíssimo de consultas, o número de cirurgias realizadas no ambulatório 1 não chega nem perto do total de pacientes consultados. São em torno de 5 mil cirurgias por ano que são realizadas dentro do Centro Cirúrgico Ambulatorial, segundo dados coletados de planilhas fornecidas e montadas pelos próprios funcionários do local. O motivo da diferença é explicado nos resultados.

O Centro Cirúrgico Ambulatorial é composto por 24 funcionários fixos, e mais outros muitos que variam de dia para dia e não contam como funcionários específicos do centro cirúrgico. Entre os funcionários fixos estão enfermeiros, técnicos em enfermagem, técnicos em farmácia, auxiliares operacionais e a equipe da limpeza. Durante as operações que envolvem a cirurgia e a cirurgia em si, o time envolvido é dividido em duas equipes: a equipe médica que atua tanto no Centro Cirúrgico Ambulatorial como em outros setores e a equipe de enfermagem fixa do centro cirúrgico.

Dentre os 24 funcionários fixos estão 3 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 1 técnico em farmácia, 2 auxiliares operacionais e 1 funcionário da limpeza. Esse é o pessoal efetivo do centro cirúrgico, mas além deles ainda atuam lá mesmo que temporariamente médicos, residentes, anestesistas, equipe de manutenção, equipe de serviços gerais, apoio de nutrição, lavanderia, laboratório, raio-x, patologia e claro os pacientes e seus familiares.

Dentre o quadro de funcionários fixos do CCA, o único que requer ensino superior completo é o de enfermagem. Técnicos de enfermagem, técnico de farmácia e auxiliar operacional precisam apenas de ensino médio. Já para a

limpeza, ensino fundamental basta. O tempo que estão no cargo de todos os funcionários varia, ficando entre 3 anos e menos de 1 mês.

O Centro Cirúrgico Ambulatorial utiliza um espaço físico composto de seis salas de cirurgia todas equipadas com ar condicionado, maca, mesas e instrumentos cirúrgicos. Existem também uma sala de recuperação pós-anestésica, onde o paciente se recupera da anestesia; uma sala de admissão, logo na entrada do centro cirúrgico; uma sala de espera, onde os acompanhantes dos pacientes aguardam; uma sala de expurgo, que fica responsável pela limpeza dos materiais provenientes do centro cirúrgico; uma sala de material limpo, onde se guardam os materiais após passarem pelo o expurgo; dois banheiros masculino e feminino para funcionários, e também dois banheiros masculino e feminino para os pacientes; dois vestiários masculino e feminino, para a troca de roupa dos pacientes; uma copa ou refeitório, para armazenamento dos alimentos tanto dos pacientes quanto dos funcionários e por fim um almoxarifado.

O estudo, tem como fonte de informação agentes que trabalham dentro do Centro Cirúrgico Ambulatorial, são eles principalmente os enfermeiros, os técnicos de enfermagem e os técnicos em farmácia. A cada uma das categorias, é requerida uma formação diferente.

O trabalho de enfermagem dentro dos processos de saúde tem como função cuidar, administrar, gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre essas funções o de cuidar, diretamente ligada ao paciente, e o de gerenciar, envolve a gestão dos processos internos, destacam-se como suas principais atividades, como citado por Peres & Ciampone (2006). O gerenciamento realizado pelo enfermeiro, no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília se torna ainda mais imprescindível, pois são eles que atuam fixos no local o tempo todo e não os médicos.

O trabalho de enfermagem é realizado por outras categorias de trabalhadores, entre elas o de técnico de enfermagem, segundo Peduzzi & Anselmi (2004) o técnico de enfermagem apesar de formalmente não ter a mesma formação ou autoridade para desempenhar certas funções, consegue sim atuar nelas. Os técnicos de enfermagem, costumam ter apenas ensino médio e ensino técnico.

As salas cirúrgicas são onde ocorrem as cirurgias. Elas são de responsabilidade dos enfermeiros para serem montadas, para que o procedimento cirúrgico ocorra como planejado. É necessário garantir que os materiais estejam lá

como o bisturi, que usa a corrente elétrica para alterar a coagulação; o aspirador cirúrgico, que é usado para a absorção do sangue; aparelho de anestesia, que auxilia na anestesia do paciente; além de outros mais simples como a mesa cirúrgica, luz, insufladores, ar condicionado etc.

Os enfermeiros são os únicos que tem acesso livre a sala de cirurgia antes, durante e após o procedimento. Procedimento que deve contar ainda com um médico, anestesista e possivelmente um residente como é o caso do Hospital Universitário de Brasília.

Além das salas de cirúrgias, existem as salas de acolhimento dos pacientes antes e depois do procedimento. Equipadas com macas e aparelhos para o acompanhamento dos sinais dos pacientes essas salas são normalmente organizadas pelos técnicos de enfermagem.

3.3 Participantes da pesquisa

Participaram do estudo 12 entrevistados de um total de 24 funcionários fixos do Centro Cirúrgico Ambulatorial. Os 12 que fazem parte do turno matutino do centro cirúrgico. Apesar de a entrevista em si ter sido curta, ela durou pouco mais de duas horas devido ao grande número de entrevistados.

Dentre os 12 entrevistados, uma era a enfermeira chefe do centro cirúrgico que ocupa o cargo com mais responsabilidades de gestão do que os demais. A entrevista dela teve as mesmas perguntas que as dos demais. Porém, a enfermeira chefe também foi entrevistada em outra data com o objetivo de se conseguir mapear os processos desejados.

3.4 Procedimentos de coleta e análise de dados

A definição dos procedimentos de coleta de dados tem como objetivo obter as respostas de que a pesquisa precisa, isto é, de que forma, onde e como os dados serão levantados, analisados e interpretados (RIBEIRO, 2008). Segundo Salvador

(1980), nas pesquisas qualitativas a entrevista é o melhor procedimento para as pesquisas das áreas de ciências humanas, como a administração, e normalmente é utilizada em casos que se encontra dificuldade em se obter dados de outras fontes, mas que são encontrados em pessoas que participam ativamente no local de estudo pesquisado.

Ribeiro (2008) destaca como pontos positivos da entrevista a flexibilização de perguntas e respostas, a facilidade de adaptação em questões adversas como burocracia e protocolos, viabiliza a comprovação e a interrogação de perguntas e respostas e tem taxa de resposta elevada já que pode ser aplicada em todos os tipos de pessoas até em quem não consegue ler. Porém, como pontos negativos Ribeiro (2008) destaca também que as entrevistas tem custo elevado de tempo e de recursos e são sensíveis a possíveis influências do entrevistador e da forma como são questionadas as perguntas.

Foi utilizado a entrevista semi-estruturada para a pesquisa. Manzini (2003) diz que a pesquisa semi-estruturada se caracteriza por ter um roteiro principal de questões mas que está aberta a complementações por conta de circunstâncias de momento. Para a pesquisa foram utilizadas as entrevistas, diante da situação de poucos dados registrados no Centro Cirúrgico Ambulatorial e por que a intenção era extrair informações, experiências e um pouco da cultura organizacional dos funcionários do setor.

A entrevista é um processo comunicativo que teve como objetivo na pesquisa a obtenção de informações referentes à:

1. Descrição dos participantes, fatores como formação e tempo de casa.
2. Entender os problemas do Centro Cirúrgico Ambulatorial através de perguntas abertas onde eram questionados os maiores problemas e possíveis soluções.
3. Avaliar o conhecimento dos funcionários em gestão de processos.
4. Avaliar o conhecimento dos funcionários no quesito *handoffs*.

Além das questões acima, também foi feito entrevistas específicas com a enfermeira chefe do Centro Cirúrgico Ambulatorial com o objetivo de:

1. Entender como funciona a organização para a construção do modelo *AS IS*.

2. Delimitar os maiores desafios da organização e questionar sobre possíveis soluções.
3. Dividir o macroprocesso em subprocessos.
4. Identificar pontos de *handoffs*.
5. Promover mudanças e obter a validação da entrevistada para a construção do modelo *TO BE*.

O processo de análise de dados tem por objetivo reduzir grandes quantidades de dados brutos a uma forma interpretável e mensurável. Na pesquisa foi utilizado o método de análise de discurso, realizado após a aplicação das entrevistas e coleta de suas respostas.

Segundo Mutti (2003) o processo de análise discursiva tem como objetivo interrogar o objeto de estudo de uma forma que pode ser verbal ou não verbal desde que essa interrogação traga resultados para a interpretação do entrevistador, os resultados podem ser transferidos para materiais escritos ou de outros tipos.

É importante destacar o papel de intérprete que o entrevistador terá na pesquisa, comandando a função de traduzir, influenciado pelo seu objeto de pesquisa, experiência, visão técnica, conhecimento entre outros aspectos, isto é, o entrevistador terá que moldar ou traduzir as respostas para um sentido que seja bem utilizado na pesquisa.

A análise de discurso na pesquisa foi utilizada após a coleta de informações dos entrevistados, de uma forma a entender o conhecimento que já existia dentro dos funcionários. Assim como, utilizar da transcrição escrita do discurso para obter o mapeamento dos processos desejados, assim como propor suas mudanças e identificar os pontos de *handoffs*.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa serão explicados como serão apresentados e discutidos os achados da pesquisa, de uma forma a apresentar argumentações e mediações características de um texto científico.

De acordo com as entrevistas realizadas, a pesquisa pode concluir alguns aspectos interessantes sobre o objeto estudado. Dentre as 12 respostas obtidas, dos funcionários fixos do Centro Cirúrgico Ambulatorial, é possível observar que a maioria não possui ensino superior, o que deixa claro que a formação superior não é obrigatória para o setor. Além disso, pôde-se observar que a maioria dos funcionários não tem muito tempo de experiência dentro da organização, ficando a grande maioria abaixo dos 2 anos, o que pode ser explicado devido ao fato da recente reestruturação do hospital que realocou funcionários, e que ainda está ocorrendo, levando funcionários para as diferentes áreas do hospital.

Dentre as informações coletadas que visou o entendimento da visão dos funcionários sobre os problemas e possíveis soluções para o centro cirúrgico estão algumas que auxiliam na resolução e aplicação do estudo em questão. Dentre os problemas, destaca-se a falta de comunicação e interação relatados por eles com os médicos e anestesistas, foco do estudo, pois os *handoffs* visam exatamente aperfeiçoar essa comunicação entre setores e funcionários responsáveis através da reestruturação dos processos.

Entre outros problemas também citados estão a falta de estrutura, falta de materiais e também a falta de padronização dos procedimentos.

As soluções propostas, algumas são relacionadas a uma aplicação de treinamentos para que os responsáveis por cada atividade tenham o conhecimento de que é importante a interação com outros funcionários, esse treinamento pode ser aplicado no momento em que o processo novo estiver estruturado e pronto para ser rodado. Nesse momento, além das instruções de como gerir o processo, outras informações suplementares de como se portar seriam passadas a todos os funcionários.

Em relação à falta de materiais e estrutura, segundo as entrevistas, estão diretamente ligados a deficiências como atrasos na entrega dos materiais ou no uso

do mesmo. A estrutura é deficiente devido a má utilização dos equipamentos que por vezes ficam ligados sem a necessidade. São problemas típicos da relação de troca de responsabilidades que o estudo visa entender. A falta de padronização relatada também é um problema da falta de uma organização dos processos organizacionais.

Outro ponto analisado nas entrevistas é sobre o conhecimento dos funcionários sobre o assunto de gestão de processos. O que foi coletado mostra que a maioria tem a noção sim do significado de processos e o que significa a gestão desses processos. O problema está que muitos não conseguem ver a importância dessa gestão de processos, e não entendem como esse assunto é capaz de mudar e melhorar a forma de organização do setor. Os funcionários, em sua maioria, não foram capazes de informar a relação entre gestão de processos e aspectos como produtividade, eficiência e redução de custos.

Os *handoffs* foi o segundo ponto perguntado, onde se buscou identificar o conhecimento dos funcionários sobre o assunto. A conclusão, que já era esperada, é de que o tópico é totalmente novo para os membros entrevistados. Nenhum deles conseguiu nem responder o significado do termo e nem descrever a importância do assunto. Concluindo, que um trabalho específico em cima do assunto poderá ajudar na compreensão por parte da equipe de um assunto que pode melhorar tanto os processos quanto o cliente final que no caso é o paciente.

A outra parte das entrevistas teve como função a obtenção de dados para construção do mapa de processos, o modelo *As Is* do mapa de processos. Após identificar suas falhas, problemas, gargalos e *handoffs* do modelo *As Is*. Pôde-se iniciar a construção do modelo melhorado, ou do modelo *To Be* dos processos previamente definidos.

4.1 Pré-operatório

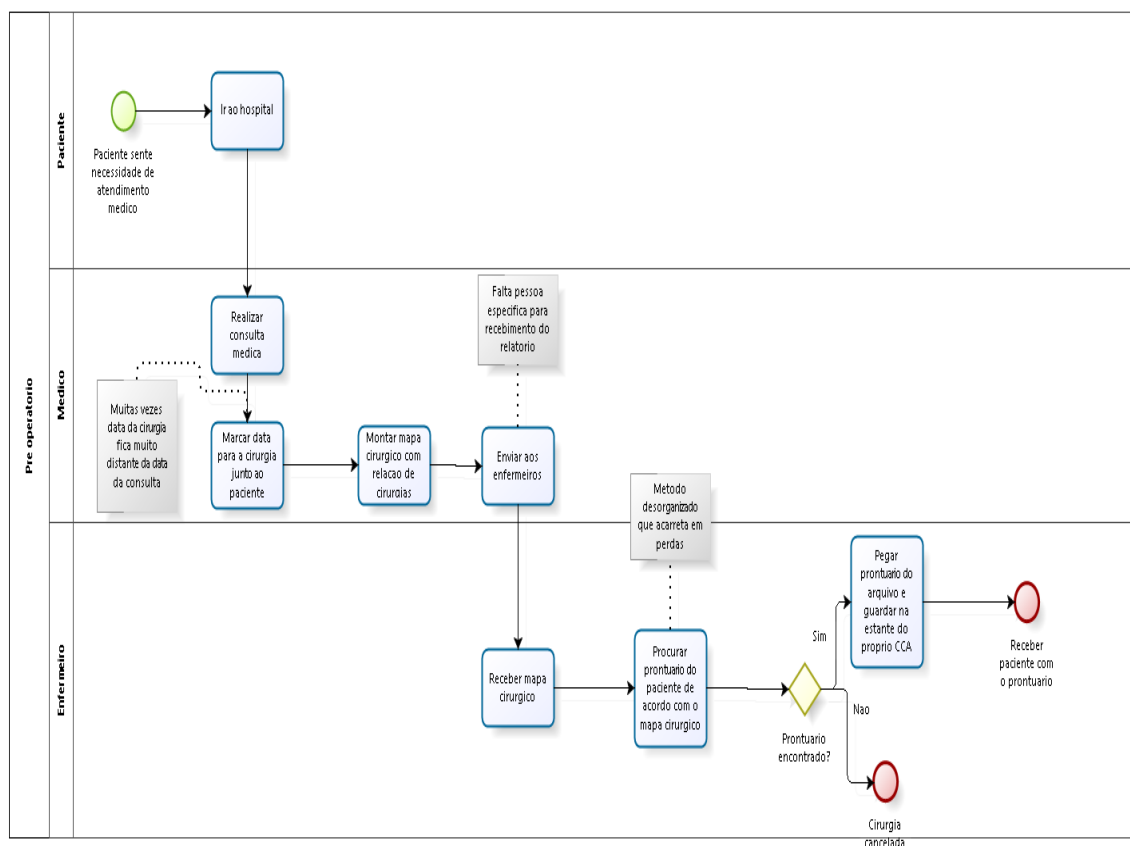
O chamado pré-operatório no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília se refere aos procedimentos anteriores a chegada do paciente no dia marcado para a cirurgia. Os gargalos encontrados no modelo *As Is* se referem a enorme diferença entre o dia da consulta e o dia da cirurgia, outro

problema é a enorme desorganização nos cuidados dos prontuários e mapas cirúrgicos que no hospital são guardados de forma física.

Os mapas cirúrgicos contêm os nomes e as datas que os pacientes serão operados. Os prontuários contêm as informações clínicas do paciente, necessárias para a realização da cirurgia.

A seguir o modelo atual do subprocesso pré-operatório.

Figura 1: Modelo As Is do subprocesso pré-operatório.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os *handoffs* identificados no modelo pré-operatório estão relacionados justamente com um dos gargalos explicitados, que é a troca das informações físicas das cirurgias e dos pacientes. A responsabilidade sobre os mapas cirúrgicos depois que ele é feito pelo médico e vai para o Centro Cirúrgico Ambulatorial não está definida, qualquer pessoa que esteja no local pode receber o mapa cirúrgico, o que

gera algumas confusões nos dias das cirurgias, pois ninguém sabe ao certo quem recebeu o mapa cirúrgico.

Outro grande problema que envolve *handoffs* são as trocas de responsabilidades sobre os prontuários dos pacientes. Esses prontuários são muitas vezes manuseados por diversas pessoas, amassados, rasgados e ainda assim arquivados depois, mesmo que algumas vezes não seja mais possível nem ler as informações que eles contêm.

No modelo *To Be* ideal as consultas seriam realizadas já prevendo datas próximas para a realização das cirurgias. Seria uma forma de diminuir o alto nível de abstenção de pacientes na data da cirurgia, que segundo os enfermeiros entrevistados, a diferença das datas existentes faz com que muitos pacientes, simplesmente, esqueçam que tem uma cirurgia agendada. Outros fatores apontados para a abstenção no dia da cirurgia são a crença de que melhoraram sozinhos, relação fraca do paciente e cirurgião e horários mal definidos.

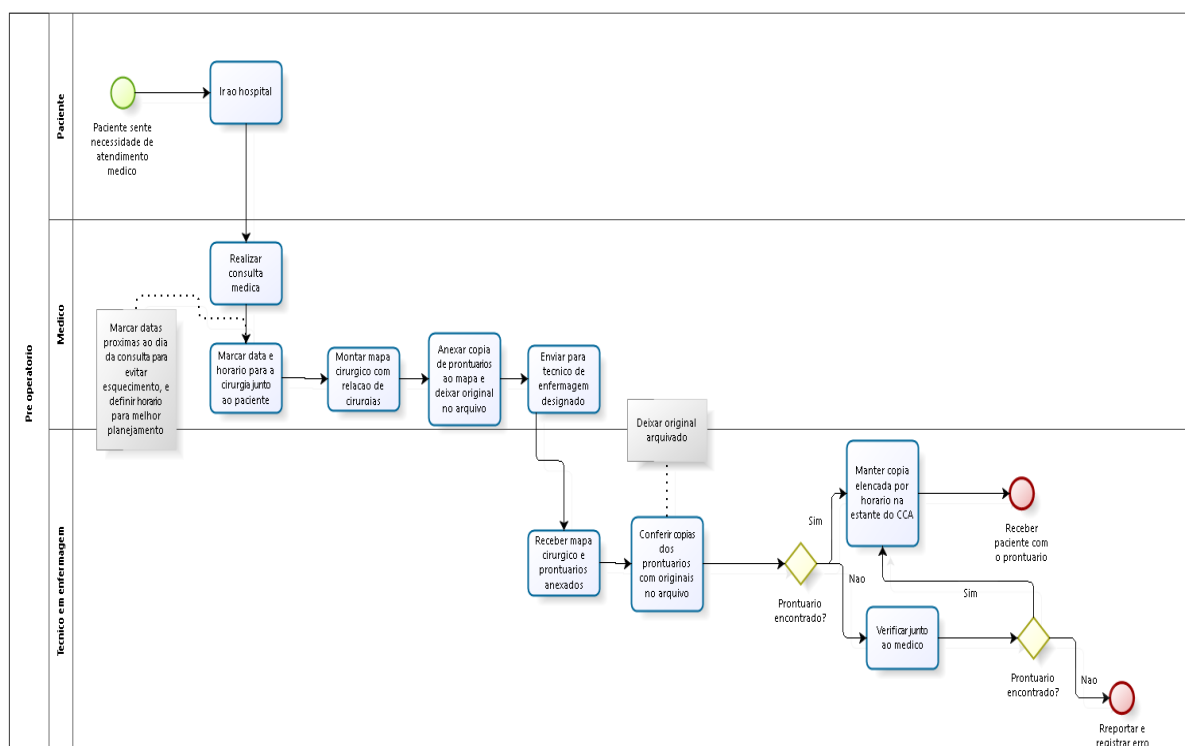
Nesse modelo *To Be* além das cirurgias serem agendadas mais próximas da consulta, os horários também seriam definidos para que a memória dos pacientes fossem estimuladas. Fora isso, os próprios médicos seriam orientados para que marcassem cirurgias de suas próprias consultas.

Quanto aos mapas cirúrgicos, esses seriam enviados a um técnico de enfermagem que seria designado. Um para o período diurno e outro para o período vespertino, esse funcionário ficaria responsável por avisar e alertar os horários e quem seriam os funcionários envolvidos na cirurgia, evitando assim excesso de trabalho por parte de alguns enfermeiros e uma melhor designação dos responsáveis pelos mapas.

Os prontuários sofreriam uma centralização de responsabilidade, o *handoff* do original seria mínimo já que o médico ao montá-lo, tiraria cópia e logo arquivaria sendo retirado apenas ao final da cirurgia ou em caso de alguma urgência. Já a cópia circularia dentro do Centro Cirúrgico Ambulatorial sendo transferida entre médicos e enfermeiros para preenchimento de informações.

A seguir o modelo futuro do subprocesso pré-operatório.

Figura 2: Modelo *To Be* do pré-operatório.



Fonte: Elaborada pelo autor.

4.2 Recepção no dia da cirurgia

O subprocesso de recepção no dia da cirurgia é um subprocesso, basicamente, burocrático. Envolve principalmente situações que envolvem o bem-estar do paciente para que tudo ocorra bem na cirurgia. Atualmente, o número de cancelamentos de cirurgias no dia marcado é alto e envolve, entre outros fatores, ou a falta do paciente no dia da cirurgia ou o paciente compareceu ao hospital, mas não seguiu as indicações estipuladas para a realização da cirurgia.

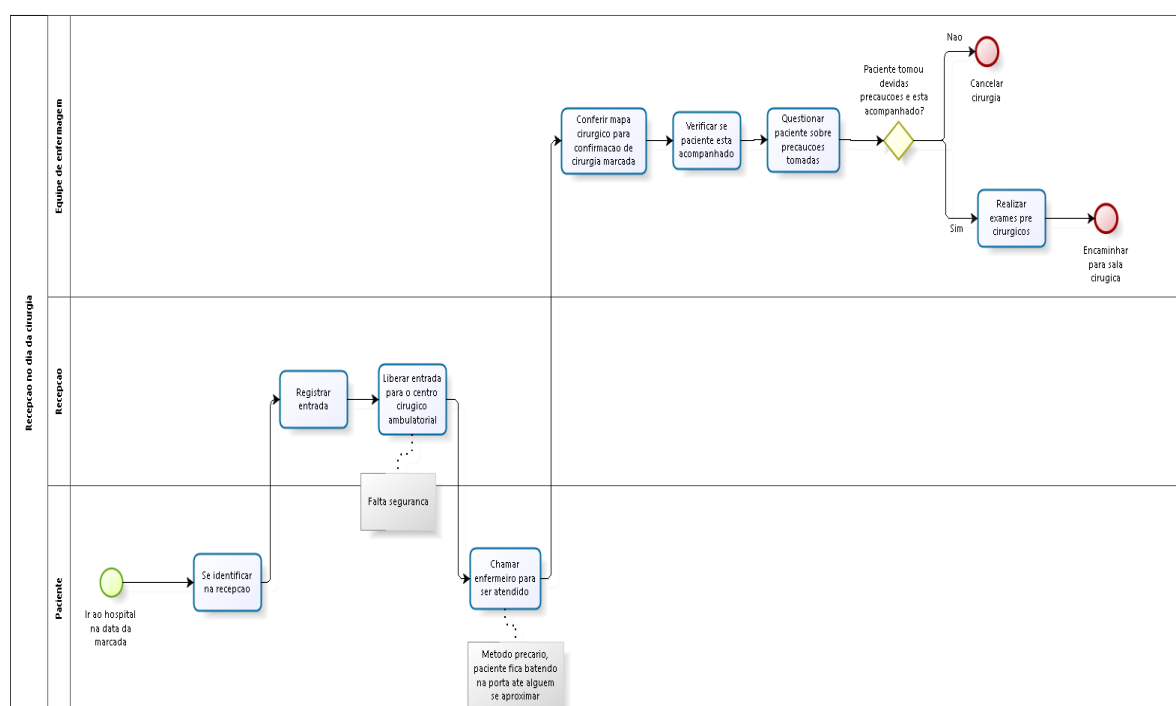
Dentre as causas relacionadas aos não comparecimentos dos pacientes nos dias das cirurgias estão o esquecimento do paciente, não sentir que a cirurgia irá fazer qualquer diferença, medo e receio da cirurgia e a falta de contato e relacionamento entre pacientes e profissionais.

Já entre os fatores relacionados ao não seguimento das instruções indicadas estão o paciente chegar sem fazer o jejum ou outros procedimentos necessários, o paciente comparecer sem seus documentos pessoais, e o paciente comparecer sem o acompanhante que é indispensável.

Os dois casos relatados acarretam em cancelamento de cirurgias, que ocasionam diversas perdas para o hospital, incluindo perdas relacionadas a recursos humanos, materiais e financeiros. Já que a cirurgia que estava prevista para ocorrer terá de ser cancelada. Em casos de cancelamento, o médico e sua equipe perdem o tempo que poderiam estar atendendo outro paciente, os recursos mobilizados poderiam estar ajudando outra situação, e pacientes não atendidos poderiam estar sendo atendidos se a cirurgia não tivesse sido cancelada.

A seguir o modelo atual do subprocesso recepção no dia da cirurgia.

Figura 3: Modelo As Is do subprocesso de recepção no dia da cirurgia.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os outros problemas do modelo As Is estão relacionados a uma precariedade de procedimentos. Situações onde os pacientes são mal recebidos e mal orientados, e que estão relacionados com situações de *handoffs*. Existe pouca comunicação entre a recepção e o Centro Cirúrgico Ambulatorial. Isso além de acarretar em

desconforto para o paciente também é uma falha grave de segurança, já que são permitidas as entradas de qualquer paciente do hospital, relacionado ou não com o Centro Cirúrgico Ambulatorial.

Eventos *handoffs* são utilizados para a melhoria do processo no modelo *To Be*. No modelo *To Be* será aplicado uma prática de contato com a pessoa ou familiares antes da chegada do paciente ao local da cirurgia. Essa prática funciona como um método de compartilhamento de informações e de decisões, que visará informar o paciente sobre datas, horários, instruções médicas e necessidade do acompanhante. Esse conjunto de boas práticas realizadas antes da chegada do paciente, além de poder diminuir o número de cancelamento de cirurgias, irá acrescentar tempo para que a equipe do Centro Cirúrgico Ambulatorial possa se organizar para realocar recursos e pacientes caso o cancelamento persista.

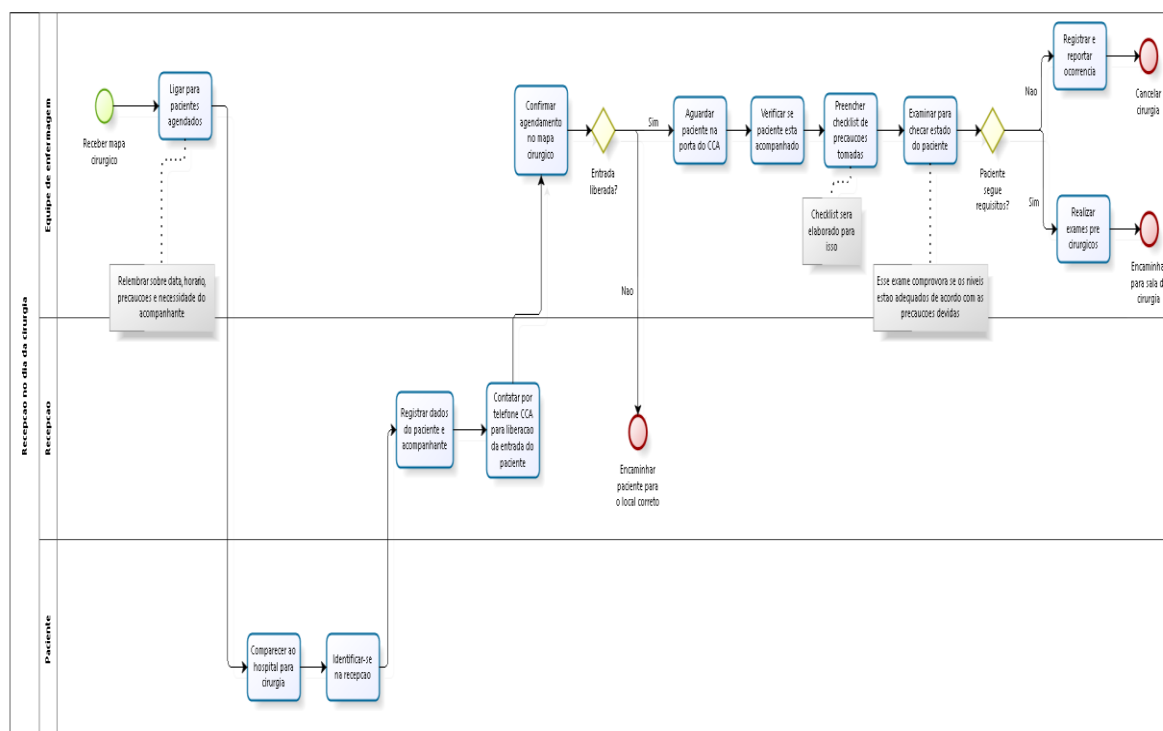
Os contatos poderão ser realizados por profissionais designados que entrarão em contato com paciente a fim de destacar fatos importantes, como a obrigatoriedade do mesmo estar acompanhado para entrar e sair da cirurgia.

Os profissionais também alertarão para necessidades de jejum e de outras instruções médicas específicas para o procedimento cirúrgico a ser realizado. Instruções que se não forem cumpridas ocasionam o cancelamento da cirurgias e prejuízos para o hospital e paciente.

Fora os alertas e avisos a serem dados pela a equipe do hospital, o contato com o paciente via telefone também funcionará como uma forma de estabelecimento de relacionamento com o paciente. Relacionamento esse que poderá diminuir os medos e receios do paciente, garantindo que os procedimentos são seguros e visam a saúde do paciente. Através desse contato que também irá ser ressaltada a importância da cirurgia, principalmente, para a saúde do paciente. Além de esclarecer qualquer outro tipo de dúvida que o paciente possa ter sobre o procedimento ou aspectos relacionados ao procedimento. Portanto, o comunicação é essencial nessa parte para garantir o sucesso dos eventos *handoffs* encontrados que relacionam diferentes agentes participantes do subprocesso de recepção no dia da cirurgia.

A seguir o modelo futuro do subprocesso recepção no dia da cirurgia.

Figura 4: Modelo *To Be* do subprocesso de recepção no dia da cirurgia.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Fora o acréscimo desses eventos *handoffs* no início do processo, outro *handoff* seria melhorado com o estabelecimento de um contato entre recepção e Centro Cirúrgico Ambulatorial. Esse contato, que poderá ser feito pelo telefone garantirá maior segurança para todo o hospital, com medidas de reconhecimento e de precauções contra a entrada de estranhos. O contato entre os dois setores proporcionará também uma recepção mais adequada para o paciente, aumentando assim a qualidade percebida do serviço por parte do paciente.

4.3 Preparo da sala de cirurgia

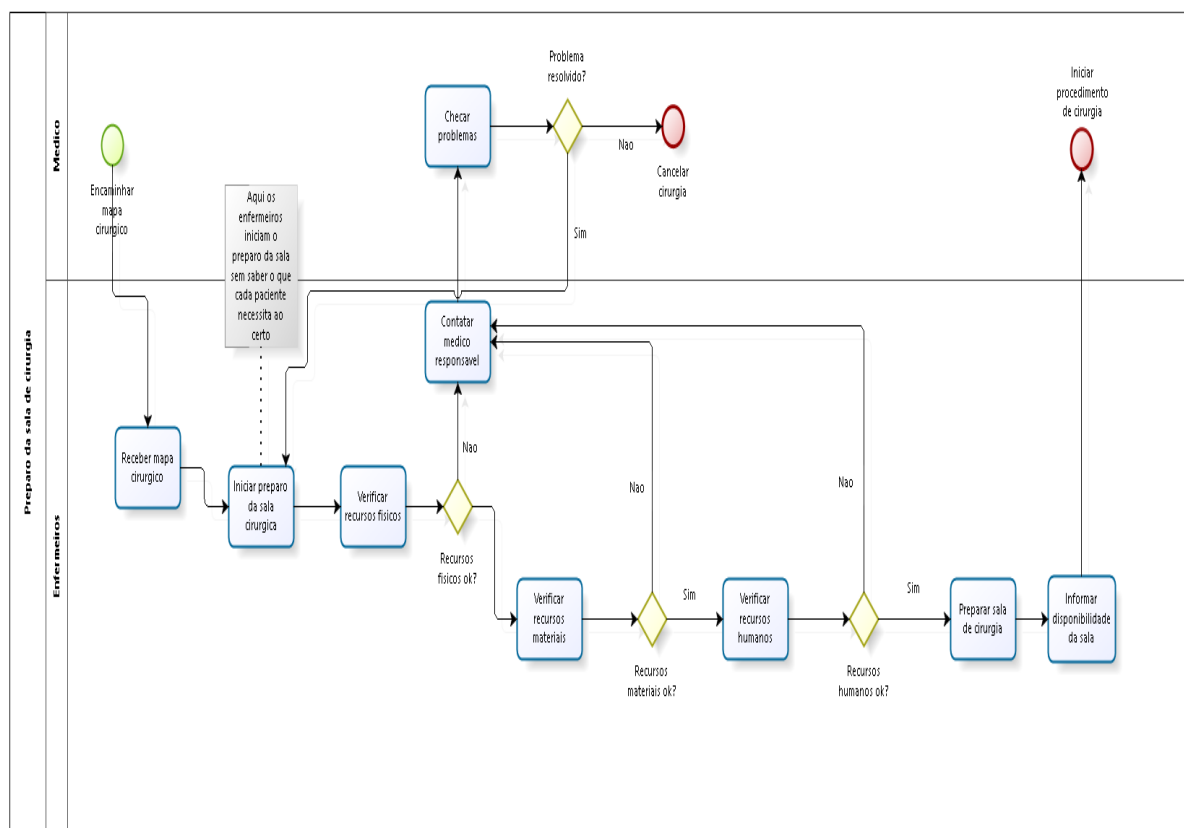
A montagem da sala de cirurgia é vital para uma boa realização da cirurgia já que envolve a coordenação de materiais físicos e humanos. No centro cirúrgico ambulatorial as salas são montadas para cirurgias rápidas e na maior parte parecidas.

No modelo *As Is* do preparo, o grande problema está no tempo utilizado para a montagem das salas cirúrgicas. O modelo atual aponta que as salas eram montadas de acordo com a necessidade, ou seja, só eram montadas ou preparadas se elas fossem utilizadas logo depois. O que causava a necessidade de conferir os recursos em cima da hora e dava pouco tempo hábil para a recuperação de possíveis falhas ou falta de materiais que possam acontecer.

Esse pouco tempo disponível para sanar possíveis problemas, leva ao aumento de casos em que a cirurgia é cancelada, acarretando custos para o hospital e para o paciente.

A seguir o modelo atual do subprocesso preparo da sala de cirurgia.

Figura 5: Modelo *As Is* do preparo da sala de cirurgia.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os *handoffs* envolvidos no modelo atual estão ligados com a conferência dos recursos necessários para o início do procedimento. Atualmente, a confrência é feita

por qualquer enfermeiro que esteja indicado para trabalhar na próxima cirurgia, o que pode causar desentendimento e retrabalho já que pode ser que nenhum ou mais do que o número de enfermeiros necessários façam o serviço.

No modelo *To Be*, a principal mudança está no momento de início do preparo da sala de cirurgia que agora irá começar logo após as cirurgias do dia anterior. Isto é, o preparo da sala de cirurgia começará assim que se terminar alguma cirurgia, porém preferencialmente ao final do dia.

Após a limpeza da sala de cirurgia depois de um procedimento, a equipe envolvida logo irá verificar os recursos utilizados e analisar possíveis recursos que ainda podem ser trabalhados. Para recursos que estão em falta, no mesmo momento a equipe já irá fazer a solicitação para a reposição desses recursos em falta, aumentando assim o tempo para que a administração do hospital possa se mobilizar e disponibilizar esses recursos que estão em falta. Além desse maior tempo para o atendimento por parte da administração do hospital, pastas cirúrgicas serão montadas contendo os equipamentos mais utilizados nas cirurgias. Essas pastas seriam estocadas e disponibilizadas para a equipe de cirurgia antes de toda cirurgia.

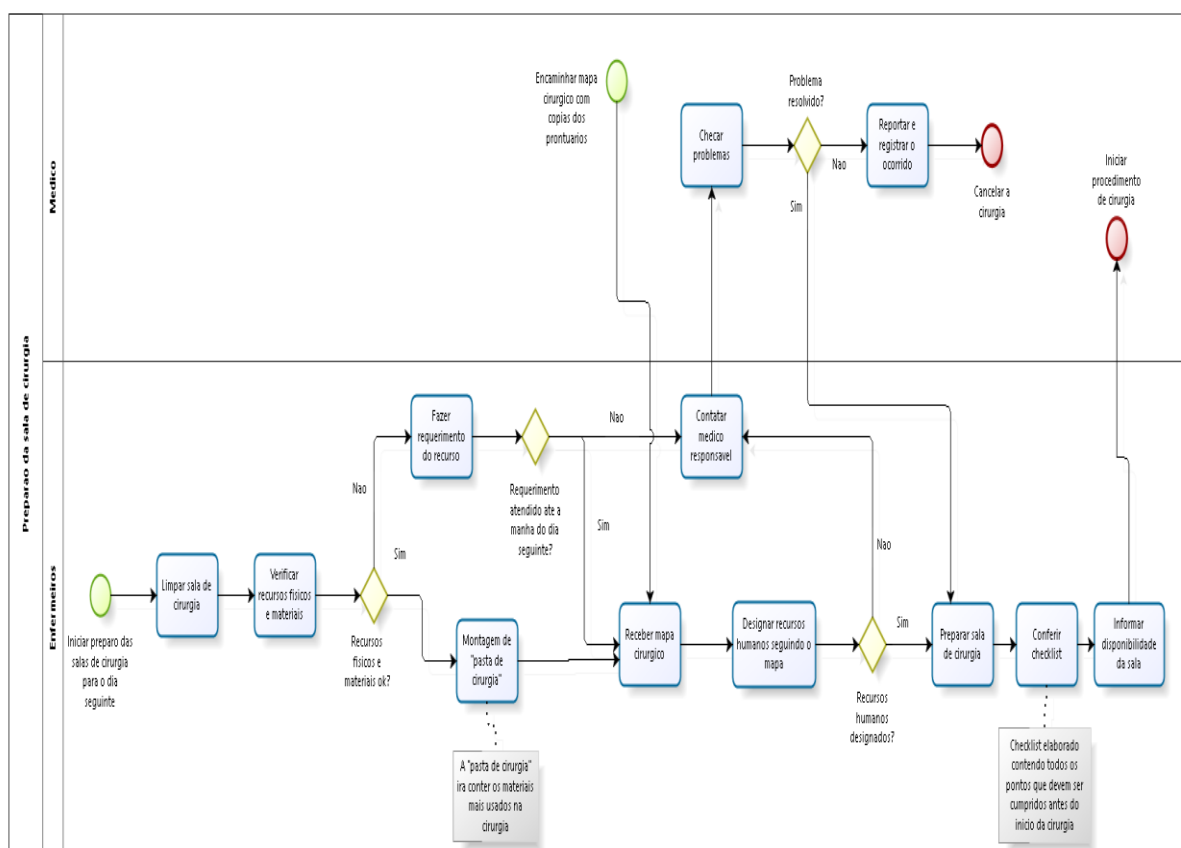
Após o recebimento do mapa cirúrgico e das cópias dos prontuários médicos, o técnico de enfermagem responsável já designaria os recursos humanos para cada cirurgia. Evitando dessa forma possíveis confusões entre os enfermeiros, de quem iria atuar em qual cirurgia.

Outro método que ajudará a conferir se o preparo da sala de cirurgia foi feita de forma adequada é o *checklist*. Um *checklist* será implementado, para que cada equipe de enfermagem, designada para atuar nas diferentes cirurgias, possam conferir se a sala de cirurgia foi montada de forma adequada a seguir os procedimentos padronizados para a realização de uma boa cirurgia.

Além do apresentado, possíveis problemas deverão agora ser reportados e registrados pelos médicos para serem estudados e, futuramente, reparados.

A seguir o modelo futuro do subprocesso preparo da sala de cirurgia.

Figura 6: Modelo *To Be* do preparo da sala de cirurgia.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os problemas de *handoffs* envolvidos serão atacados com uma designação de recursos humanos por parte do responsável em receber o mapa cirúrgico. Dessa forma, a equipe responsável por cada cirurgia já sabe o que deve fazer, e o que deve conferir e sobre quais responsabilidades elas devem ter. São padronizações de procedimentos que auxiliam no preparo da sala que irá receber o processo principal do local estudado.

4.4 Operação cirúrgica

O subprocesso operação cirúrgica foi destacado pelos funcionários do Centro Cirúrgico Ambulatorial como o principal durante as entrevistas de nivelamento de conceitos. Porém, infelizmente foi o único subprocesso que não pode ter observação

do começo ao fim por parte da pesquisa, por questões de higiene e segurança para o paciente. Não foi possível acompanhar de fato como ocorre a cirurgia, já que não foi permitido a entrada durante a cirurgia na sala cirúrgica. Portanto, a modelagem do processo foi feita com base nos relatos e nas respostas dadas pelo entrevistado para o mapeamento.

Tanto o modelo *As Is* como o modelo *To Be* foram afetados pela falta de observação necessária para se desenhar o processo da forma mais realista possível. Outro fator que prejudicou os detalhes desse subprocesso foi a distância existente, e relatada por alguns enfermeiros entrevistados, entre médicos ou anestesistas e demais enfermeiros. A distância de relacionamento entre eles faz com que os enfermeiros evitem dar opiniões, e que não possam, de forma alguma, cobrar médicos ou anestesistas em caso de falha de ambos.

Esse fato está explicitado em duas atividades do *As Is* principalmente. Na definição dos procedimentos a serem realizados quando o paciente já está na mesa de cirurgia, que no modelo atual ocorre de forma totalmente centralizada no médico. O médico decide e comanda os enfermeiros para a realização da cirurgia.

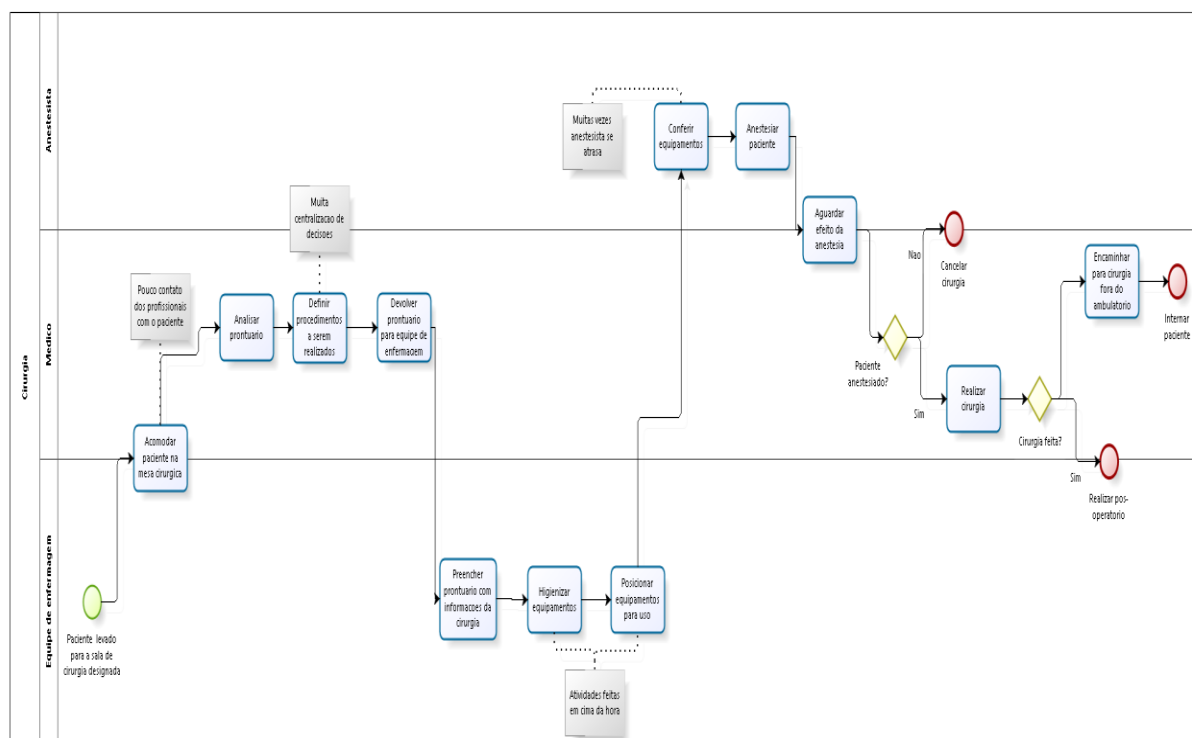
A outra atividade em que é notada a falta de entrosamento entre profissionais é no momento em que o paciente deve receber a anestesia para início da cirurgia. É certo que um dos problemas estruturais do hospital é a falta de pessoal, mais precisamente, de médicos anestesistas. Mesmo assim, esses anestesistas são de muito difícil acesso, o que dificulta a comunicação entre funcionários de escalão menor e eles.

No modelo *As Is* é encontrado pouco diálogo com o principal interessado do processo que é o paciente. A diferença de datas desde que são feitas as consultas e da data da cirurgia faz com que muitas vezes o médico da consulta e o médico da cirurgia não sejam os mesmos. Problema que já foi remodelado nos subprocessos anteriores. Além disso, o novo médico ou a equipe de enfermagem não conversam com o paciente, a fim de confortá-lo e entendê-lo, causando angústia e desconforto ao paciente.

Outra dificuldade está no imediatismo que é feita limpeza dos materiais e preparo da sala, já relatado no subprocesso anterior.

A seguir o modelo atual do subprocesso operação cirúrgica.

Figura 7: Modelo *As Is* do subprocesso operação cirúrgica.



Fonte: Elaborada pelo autor.

No modelo *As Is* do subprocesso de operação cirúrgica os *handoffs* estão muito presentes entre os agentes participantes, e são muito afetados negativamente por eles. Os *handoffs* desse subprocesso lidam com o principal fator do hospital, que é o paciente. É o paciente que é passado da tutela de um profissional para outro, mas com pouquíssima comunicação entre eles essa passagem é prejudicada, assim como é prejudicado o atendimento ao paciente.

No modelo *To Be* do subprocesso de operação cirúrgica, mudanças como a implementação de uma comunicação adequada entre enfermeiros e profissionais do alto escalão não são possíveis por causa do aspecto burocrático do hospital, que é uma empresa do poder público. Porém, foi implementado uma atividade para que o técnico de enfermagem responsável pelo recebimento dos mapas cirúrgicos e cópias dos prontuários possa de alguma forma lembrar esses profissionais através de telefonema, e-mail ou ofício de suas responsabilidades. Principalmente, os anestesiologistas que segundo as entrevistas de mapeamento de processos foram acusados de constantes atrasos.

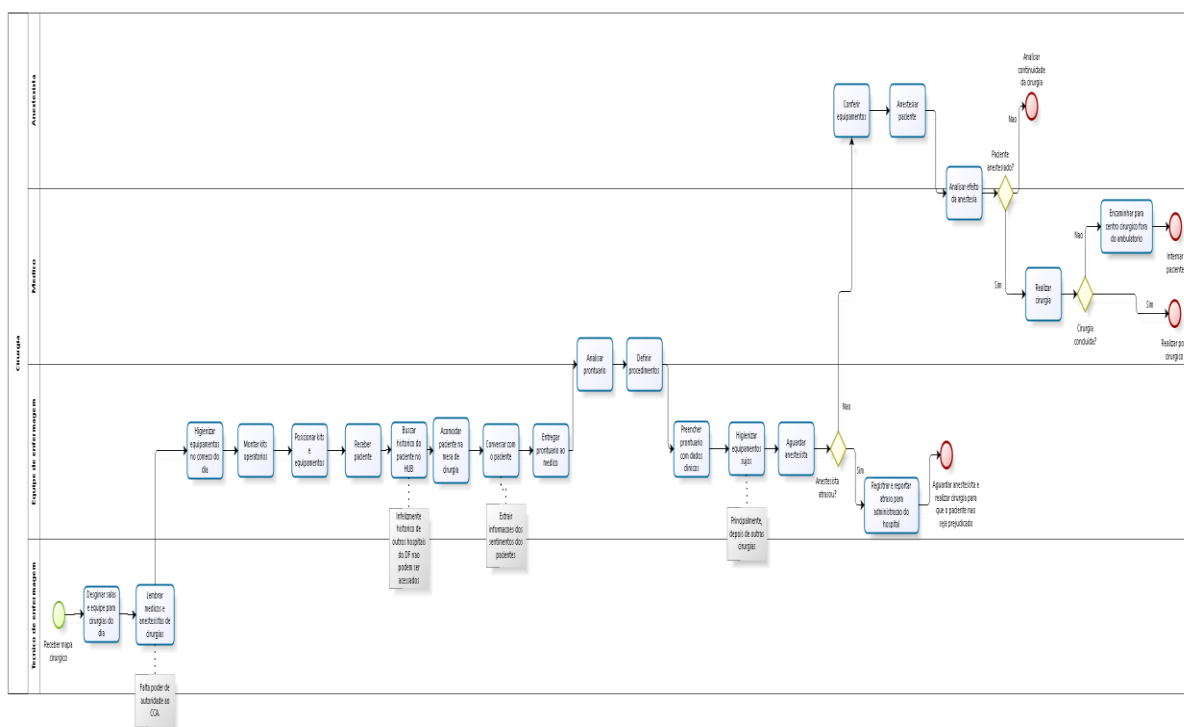
No modelo *To Be* outra estratégia interessante que poderia ser implementada, mas ainda não pôde ser feita de forma efetiva devido a circunstâncias atuais, é a consulta do histórico do paciente antes das cirurgias. Atualmente, os computadores do Hospital Universitário de Brasília não estão conectados com o sistema da rede de hospitais do Distrito Federal, ou seja, o hospital universitário só pode consultar registros e históricos realizados pelo próprio hospital. Se o paciente foi atendido em outro hospital, o Hospital Universitário de Brasília não terá acesso a essas informações, a não ser que o próprio paciente as traga.

Uma atividade acrescentada no processo para garantir o conforto do paciente é simples, mas necessária. A necessidade de uma conversa entre profissionais do hospital e paciente. Isso fará com que o paciente fique mais confortável e com menos medo. Também auxilia na coleta de informações para os médicos e enfermeiros.

A higienização e preparação dos materiais e salas ocorrerão antecipadamente, preferencialmente, no começo do dia antes das cirurgias e já com o mapa cirúrgico definido. Porém, essa higienização e preparo continua sendo necessário antes da cirurgia quando mais de uma cirurgia é feita na mesma sala ou utilizando o mesmo equipamento.

A seguir o modelo futuro do subprocesso de operação cirúrgica.

Figura 8: Modelo *To Be* do subprocesso de operação cirúrgica.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os *handoffs* desse subprocesso poderiam ser melhorados com a implementação de políticas de *feedback* e registro. Políticas que os enfermeiros são incentivados a fazerem reclamações ou registros de atrasos, de pouca comunicação, de destrato, entre outros para a administração do hospital. Dessa forma, anestesistas e médicos tomariam mais cuidado ao tomarem decisões sem levar em consideração pacientes que os esperam.

4.5 Pós-operatório

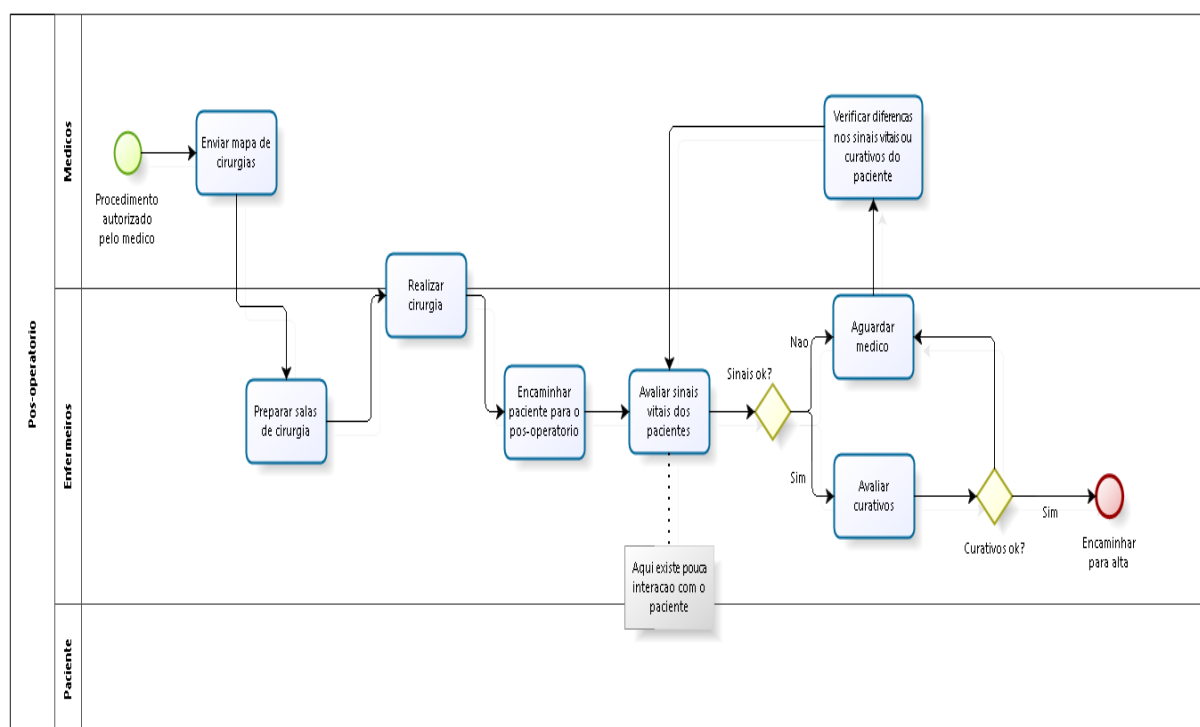
O pós-operatório tem a ver muito com o estado clínico do paciente após o procedimento cirúrgico, nessa fase serão verificados a reação do paciente a cirurgia no aspecto clínico, isto é, aqui a saúde do paciente que está sendo avaliada. Um bom procedimento pos-cirúrgico, além de ser importante para saúde do paciente, é para evitar que o paciente tenha que retornar ao centro cirúrgico ambulatorial, causando retrabalho desnecessário.

O subprocesso do pós-operatório se interliga muito com o subprocesso de alta, com atividades parecidas e comuns para ambos. A maior diferença está no fato da alta ser mais relacionada com aspectos burocráticos da liberação do paciente, enquanto o pós-operatório está diretamente ligado aos cuidados com a recuperação do paciente.

No modelo *As Is* do pós-operatório as maiores dificuldades estão nos poucos momentos de interação entre os envolvidos e na má qualidade da informação que é passada ao médico. Aqui os enfermeiros são responsáveis pela avaliação do paciente, e devem ainda se responsabilizar em chamar os médicos em caso de problemas.

A seguir o modelo atual do subprocesso pós-operatório.

Figura 9: Modelo *As Is* do subprocesso pós-operatório.



Fonte: Elaborada pelo autor.

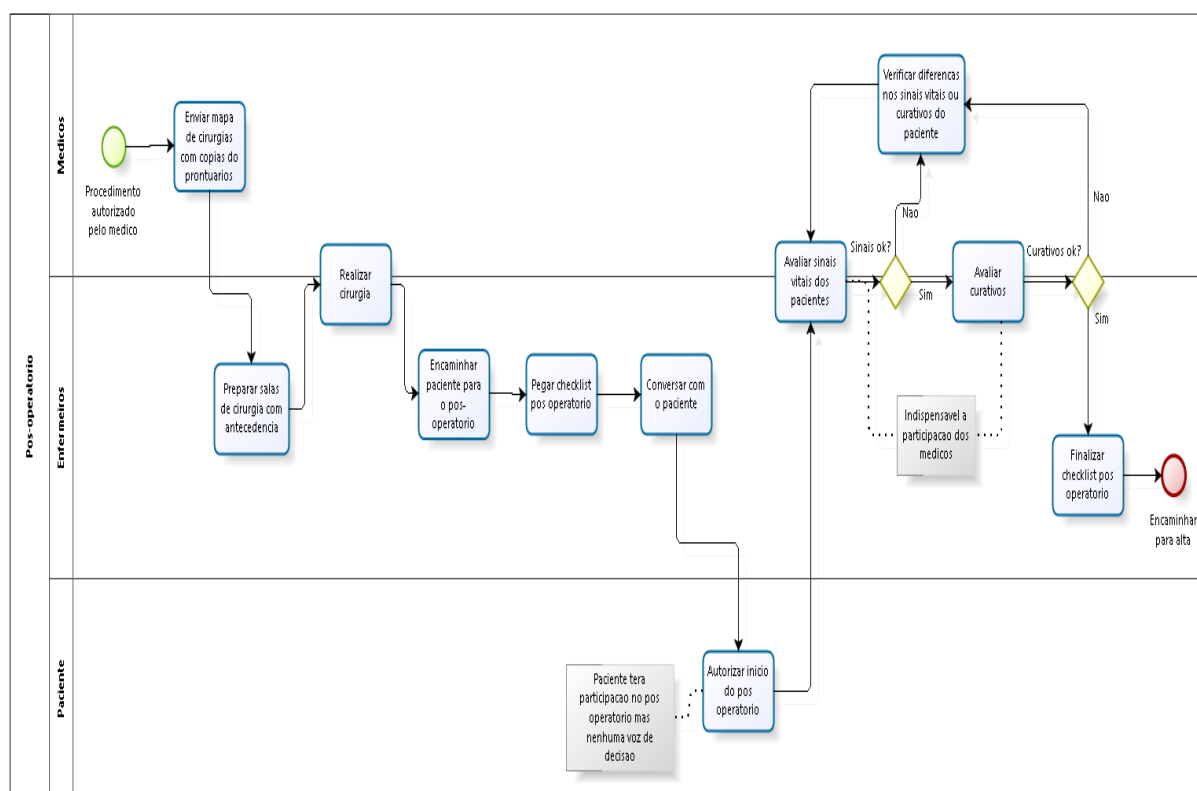
Os *handoffs* estão, justamente, na interação que existe entre enfermeiros, pacientes e médicos. Na relação com os pacientes, existe pouco contato e estímulo para a participação do paciente. A participação do paciente é importante, pois torna

as visões e percepções do próprio visíveis para os profissionais levando a futuros aprimoramentos no relacionamento entre eles. Fora isso, a percepção do paciente é danificada com o baixo contato entre profissionais e pacientes.

No modelo *To Be* os focos foram a melhora das interações destacadas no modelo *As Is*. Começando pela melhora da qualidade das informações tramitadas no processo, deve ser elaborado um *checklist* com pontos a serem cumpridos em todo o processo do pós-operatório. Dessa forma, em caso de imprevistos, o médico poderá saber exatamente por onde começar ao avaliar o paciente. Com isso, se torna muito importante que o médico tenha função de auxiliar e acompanhar nos procedimentos pós-operatórios, o que não acontece no modelo atual.

A seguir o modelo futuro do subprocesso pós-operatório.

Figura 10: Modelo *To Be* do subprocesso pós-operatório.



Fonte: Elaborada pelo autor.

No modelo *To Be*, seriam aperfeiçoados os *handoffs* com uma instrução aos profissionais de estímulo a participação do paciente. Por serem procedimentos

relativamente simples, o paciente poderia realizar participação ao indicar traumas, dores, percepções ou receios dessa forma o relacionamento é melhorado e novos aprendizados são absorvidos. Obviamente, o paciente não teria voz final nas decisões sobre o que fazer e o que avaliar, mas pode-se haver sim uma cooperação entre as partes.

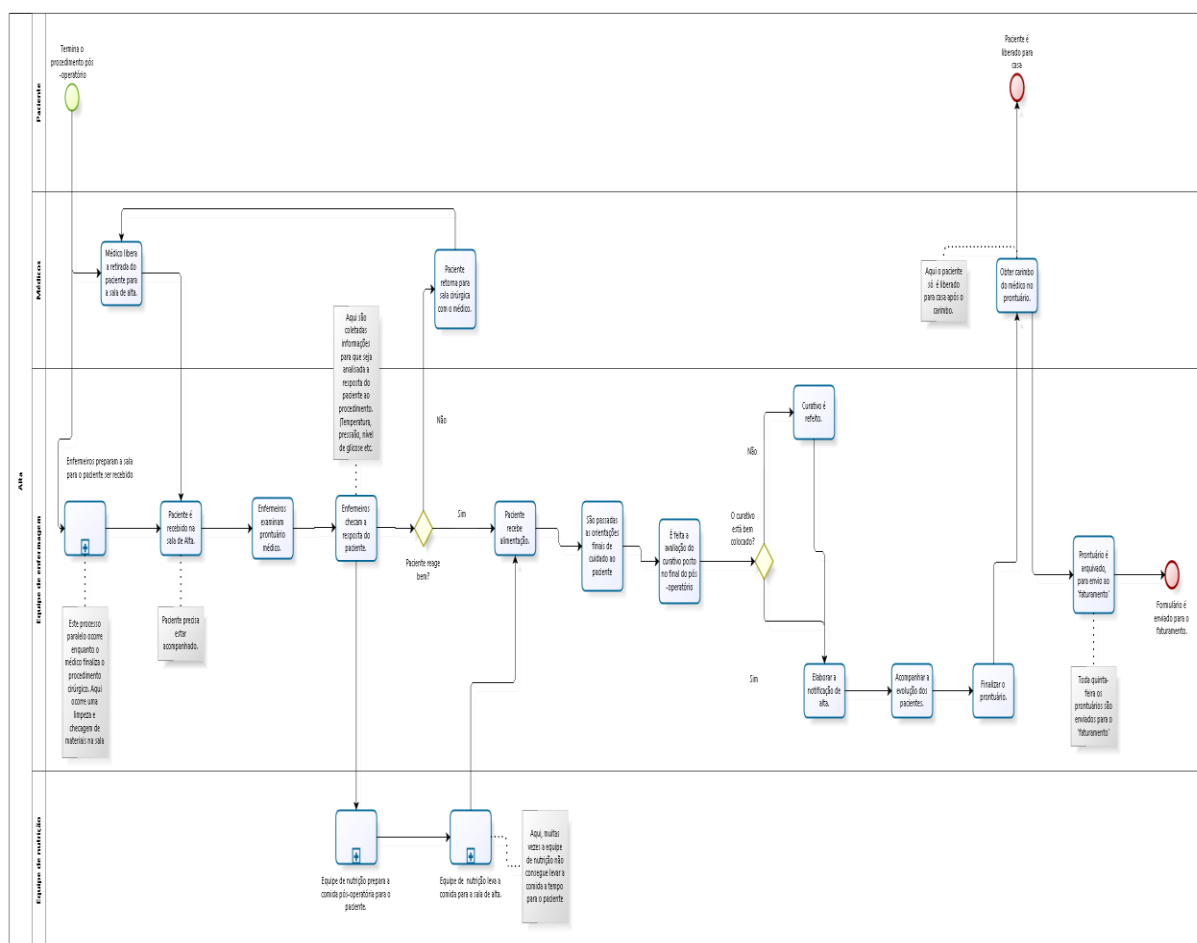
4.6 Alta

O processo de alta ocorre após o pós-operatório e está relacionado com a liberação do paciente para casa, com as orientações necessárias para que o paciente não precise retornar. Como é uma cirurgia ambulatorial, o objetivo é liberar o paciente operado dentro de 24 horas da entrada do mesmo ao hospital.

O modelo *As Is* do subprocesso de Alta é caracterizado pelo imediatismo de ações, eventos paralelos ocorrem sem planejamento prejudicando a qualidade das operações dos processos. Muitas das atividades começam a ocorrer apenas quando as atividades pré-requisitos delas se finalizam, causando problemas como a falta de tempo para a reparação de erros causados pelo imediatismo.

A seguir o modelo atual do subprocesso de alta.

Figura 11: Modelo *As Is* do subprocesso de Alta.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os *handoffs* no subprocesso de alta estão muito presentes, e estão sendo muito mal gerenciados. Primeiramente, na transferência do paciente para a sala de alta são necessárias atividades anteriores de outros subprocessos que possam garantir que o paciente possa de fato ser transferido para a sala. Esses *handoffs* como nos outros subprocessos são importantes para garantir a segurança do paciente e continuidade correta do processo de alta sem interrupções desnecessárias.

O outro *handoff* presente ocorre no momento da entrega das refeições dos pacientes, que envolvem dois setores diferentes dos hospitais. A equipe de nutrição do hospital universitário é a responsável pela preparação e entrega das refeições dos pacientes em todo o hospital, mesmo que a equipe esteja localizada em outro setor do hospital. No caso o *handoff* ocorre no momento da entrega da comida para a equipe do Centro Cirúrgico Ambulatorial, que precisam estar preparados para

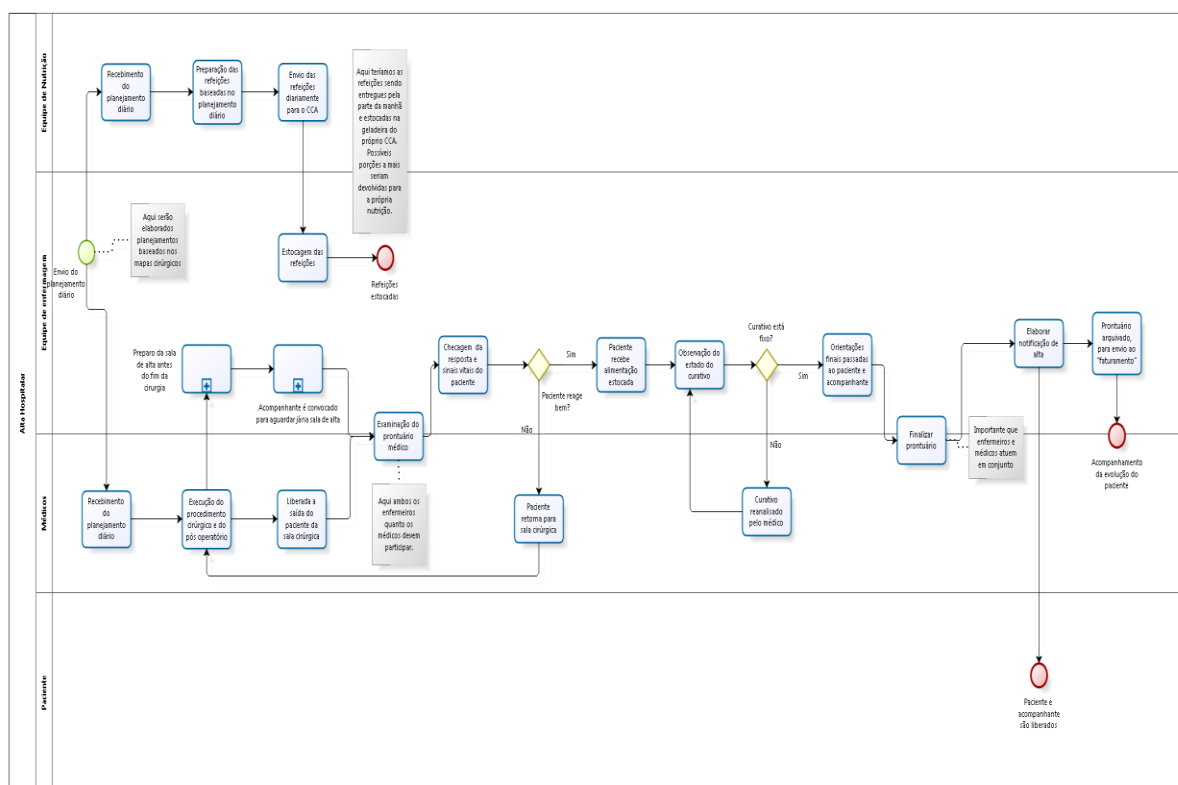
receber a comida no momento em que estão checando os sinais vitais de seus pacientes. Além da preocupação em excesso, com duas atividades, é costumeiro o atraso na entrega das refeições, o que deixa os pacientes sem poderem se alimentar.

Um *handoff* crítico está na finalização do prontuário e liberação do paciente, esse *handoff* envolve tanto enfermeiros, como médicos e até mesmo o próprio paciente e seus acompanhantes. Apesar da complexidade desse *handoff*, o que se vê atualmente são os enfermeiros sobrecarregados com praticamente todas as responsabilidades sobre essas atividades. Os enfermeiros são os que devem ir atrás dos médicos para finalização do prontuário, prontuários que não são completos pelos médicos e sim pelos enfermeiros. São os enfermeiros também responsáveis pela elaboração da notificação de alta entregue ao acompanhante do paciente. Além de claro, ter que cuidar do próprio paciente.

No modelo *To Be* elaborado a inspiração foi a teoria explicitada por Hubner & McClelland (2003) que ressaltam a importância da alta hospitalar se iniciar no momento que o paciente ingressa no centro cirúrgico e não na saída do mesmo do hospital. Portanto, o planejamento do que seria feito na alta seria iniciado logo no momento do recebimento dos mapas cirúrgicos e prontuários elaborados pelos médicos. Momento este que já seriam realizados os pedidos das refeições para o dia, logo de manhã. O preparo da sala de alta também já seguiria o planejamento recebido no começo do dia.

A seguir o modelo futuro do subprocesso de alta.

Figura 12: Modelo *To Be* do subprocesso de alta.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os *handoffs* envolvidos seriam trabalhados com instruções de melhorar a interação entre os envolvidos. Médicos e enfermeiros, obrigatoriamente, trabalhariam juntos na elaboração do prontuário e no exame final do paciente. A cópia do prontuário seria preenchida por ambos profissionais em conjunto e arquivado junto com o original ao final do procedimento para envio ao 'faturamento' do hospital. Após o procedimento, o paciente seria entregue ao seu acompanhante que já seria notificado antes da cirurgia terminar, junto com a notificação de alta para a liberação.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A gestão de processos e os *handoffs* são tópicos contemporâneos que estão presentes para melhorar a eficiência, produtividade, padronização e resultados da empresa, fazendo-as assim mais competitivas. No caso dos hospitais públicos, como intuito não é a competitividade, a gestão de processos traz, mesmo assim, uma melhora na qualidade dos serviços prestados à população. Diversas iniciativas estão sendo aplicadas para a melhora das atividades das organizações, a maioria baseada na modelagem ou mapeamento de processos, ferramenta que surgiu para auxiliar na estruturação da gestão de processos.

Os *handoffs* apesar de pouco explorados, principalmente no Brasil, surgem como uma ferramenta para auxiliar na passagem ou troca do comando da atividade para a atividade seguinte. Por auxiliarem nessa passagem um estudo aprofundado dos *handoffs* pode ser extremamente importante justamente no ambiente hospitalar, onde o erro deve ser mínimo.

Este trabalho, portanto, buscou implementar duas ferramentas paralelas com o intuito de entender como que essas práticas podem ajudar na melhora dos processos internos em contexto hospitalar. Além de procurar mostrar como é feito atualmente, a pesquisa buscou apresentar o que pode ser melhorado e quais pontos críticos de *handoffs* que devem ser melhor analisados pela a equipe de administração do centro cirúrgico ambulatorial.

O estudo mostrou consistência em seus resultados, apresentando pontos que podem facilmente ser melhorados. É através de pesquisas como essa que as organizações devem focar seus esforços para poder corrigir erros e melhorar seus resultados.

Algumas atividades, eram feitas ou de forma incorreta ou de forma muito mais complicada. Mudanças simples foram capazes de apresentar ajustes para que esses processos fossem melhorados. Essas atividades que merecem mudanças muitas vezes passam despercebidas pela visão de alguém que já trabalha no mesmo ambiente há muito tempo, mas que pelo o olhar de um agente externo são extremamente perceptíveis.

Ainda assim existem pontos que podem ser melhorados, como por exemplo, o fato de o hospital não ter atualmente uma rede de computadores e um sistema tecnológico para troca ou registro de informações. A rede de saúde de todo o Distrito Federal é munida por um sistema informatizado que permite dentre outras coisas, arquivo de prontuários, mapas cirúrgicos, envio e recebimento de informações, entre outras. Infelizmente, esse sistema ainda não foi implementado no Hospital Universitário de Brasília, o que dificulta soluções mais inovadoras para a gestão dos processos. Se o hospital contasse com um sistema informatizado, as soluções apresentadas poderiam ser diferentes. Contando com isso, os modelos apresentados já com as propostas de melhorias não utilizou-se de nenhuma forma de gestão com uso de tecnologia. Futuros estudos, quando já informatizado todos os setores do hospital, devem incluir essas mudanças quanto a uma gestão de processos dentro de uma plataforma tecnológica.

Outro ponto que deve ser melhor explorado em futuras pesquisas são a aplicação de entrevistas específicas com os médicos. No estudo atual, os médicos foram consultados apenas em questões pontuais quando a equipe de enfermagem não conseguiu responder. Nesse estudo, as entrevistas foram conduzidas especialmente com os membros fixos do Centro Cirúrgico Ambulatorial, ou seja, a equipe fixa é composta apenas de enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos de farmácia. Os médicos atuam no centro cirúrgico, mas não são membros fixos fluando assim em suas áreas de especialização. Entender a visão dos médicos seria importante para aplicar ainda mais melhorias e pontos que não são vistos pela equipe de enfermagem. Apesar de ter contado pouco com respostas dos médicos, a equipe de enfermagem tem o conhecimento bastante e necessário para se fazer um estudo bem elaborado e completo.

O estudo foi bem sucedido em apresentar a literatura existente sobre o tema de *handoffs* e gestão de processos. As duas ferramentas mais utilizadas para a realização da pesquisa. Sobre os *handoffs*, a literatura encontrada estava, principalmente, em inglês. Já que os estudos em português sobre o tema são muito escassos.

Os processos que foram mapeados foram escolhidos por serem os mais importantes para a realização da operação cirúrgica, mas não são os únicos. No entanto, entre os processos escolhidos foi possível realizar o mapeamento e a análise das atividades. Assim como identificar gargalos entre os processos ou

atividades que estavam causando desperdícios de recursos humanos, monetários e materiais.

Futuros estudos, que desejem se aprofundar ainda mais dentro do ambiente do Centro Cirúrgico Ambulatorial, poderiam explorar os processos que não foram analisados aqui. Como por exemplo, os processos que interligam o Centro Cirúrgico Ambulatorial com as outras áreas e clínicas do hospital.

Apesar do pouco apoio da instituição em si. A pesquisa conseguiu mostrar resultados satisfatórios e atingir seus objetivos. Se mostrou viável e pode ser aplicada para a melhoria dos serviços do Hospital Universitário de Brasília de imediato.

É válida a aplicação do estudo, pois a pesquisa mostrou que com as melhorias aplicadas o recurso principal dos hospitais, que são os pacientes, iriam se beneficiar. Esses recursos principais são os próprios pacientes do hospital, e são eles os maiores beneficiários de uma melhor gestão de processos e *handoffs*. São os pacientes que vão ter mais segurança, melhor qualidade nos serviços, melhor relacionamento com os profissionais hospitalares e maior conhecimento dos procedimentos que irão se submeter.

Conclui-se que, apesar de pouco explorado, o tema serve de grande ajuda para qualquer organização que deseje estudá-lo. Através das ferramentas, é possível aumentar a produtividade e eficiência da organização, trazendo assim melhores resultados. O tema pode ser adaptado para outros tipos de empresas, mas é ainda mais importante quando aplicado dentro de hospitais. Nos hospitais são onde ocorrem as transferências de responsabilidades sobre os pacientes, sobre a vida das pessoas. O estudo aplicado dentro de um hospital, mostrou como certas atividades podem ser melhoradas para redesenhar os processos existentes, garantindo assim melhores serviços prestados pelos profissionais do hospital e melhores serviços prestados para toda a população do Distrito Federal e entorno que tem o Hospital Universitário de Brasília como referência em saúde pública.

REFERÊNCIAS

"handoff." American Heritage® Dictionary of the English Language, Fifth Edition. 2011. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company 11 Nov. 2015 <http://www.thefreedictionary.com/handoff>

BARRY, Mj et al. Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia. **Pubmed**, Boston, v. 8, n. 33, p.771-782, ago. 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7543639>>. Acesso em: 02 out. 2015.

BPMN, Business Process Model and Notation. **Charter**. Disponível em: <<http://www.bpmn.org/>>. Acesso em: 3 jul. 2015.

BRODZINSKI, Pawel. **Handoffs are bad**. 2011. Disponível em: <<http://brodzinski.com/2011/12/handoffs-are-bad.html>>. Acesso em: 03 out. 2015.

CANDIDO, Rafael Monteiro; SILVA, Michele da Trindade Ferreira Machado e; ZUHLKE, Rodrigo Figueira. Implantação de gestão por processos: estudo de caso numa gerência de um centro de pesquisas. In: XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2008, Rio de Janeiro.

CARMO, Maria do; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/362>>. Acesso em 30 Jun. 2015.

Catchpole K, Mishra A, Handa A, McCulloch P. Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. *Ann Surg*. 2008 Apr;247(4):699-706 – centro cirúrgico ambulatorial

CERQUEIRA NETO, Edgard Pedreira de. Qualidade é Identificar os Processos Críticos. Série Qualidade é...Vídeo número 5. Rio de Janeiro: Griffo, 1996

CHASSIN, Mark et al. The wrong patient. **Annals Of Internal Medicine**, Baltimore, v. 136, n. 11, p.826-833, jun. 2002. Disponível em: <http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/wrong_patient_chassin_acp.pdf> . Acesso em: 01 out. 2015.

CHIRCU, Alina et al. Handoff processes, information quality and patient safety: A trans-disciplinary literature review. **Business Process Management Journal**, Waltham, v. 19, n. 1, p.70-94, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14637151311294877#>>. Acesso em: 01 out. 2015.

Cohen D, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA* 1966; 196(13): 1114-17.

COHEN, Michael; HILLIGOSS, Brian. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care*, Ann Arbor, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/493#cited-by>>. Acesso em jun. 2015.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **PROGRAMA DE AUTO-AVALIAÇÃO EM CIRURGIA**: Primeiro programa de auto-avaliação em cirurgia. 1 ed. São Paulo: Atlanta, 2001. 33 p. Disponível em: <<https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Ano1-I.Pre-e-pos-operatorio.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1886/2008, de 13 de novembro de 2008. **Normas Mínimas Para O Funcionamento de Consultórios Médicos e dos Complexos Cirúrgicos Para Procedimentos Com Internação de Curta Permanência**. Brasília, DF, 21 nov. 2008. p. 271. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1886_2008.htm>. Acesso em: 07 jun. 2015.

DAVENPORT, Thomas. Reengenharia de processos. Rio de Janeiro: Campus, 1994. P.7-8.

El-Sawy, Abd; El-Fadeel, G.A.E; Adib, M.J. Vertical Handoff in Heterogeneous Wireless Networks with Predictive SINR using GM(1,1), 29th National Radio Science Conference (NRSC 2012), Cairo, Egito, pp.175-184, April 2012.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, (Org.). **Plano Diretor Estratégico**: Hospital Universitário de Brasília. São Paulo: Unb, 2013-2014. 271 p. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/208947/PDE+HUB+FINAL/c9f133a8-762a-470c-8160-5cd5beb98983>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

FLORIO, Maria Cristina Simões; GALVAO, Cristina Maria. Implantação de um serviço de cirurgia ambulatorial: o papel da enfermagem nesse cenário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 83-88, Dec. 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11691998000500011&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000500011>.

FRIESEN, Mary Ann; WHITE, Susan; BYERS, Jacqueline. Handoffs: Implications for nurses. **Pubmed**, Rockville, v. 1, n. 1, p.50-55, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328750>>. Acesso em: 01 out. 2015.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, Saul. Cirurgia como sinônimo de operação. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 275, Dec. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502001000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502001000400017>.

GONCALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo?. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, Dec. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902000000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902000000400002>.

GRAHAM, Morris, LEBARON, Melvin. The horizontal revolution. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

GRAY, J. E. et al. Network analysis of team structure in the neonatal intensive care unit. **Pubmed**, Boston, v. 125, n. 6, p.1460-1467, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20457681>>. Acesso em: 05 out. 2015.

HARRINGTON, H. James. Business process improvement. New York: McGraw Hill, 1991.

HUB, Hospital de Brasília. **Nossa História**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>>. Acesso em: 3 mai. 2015.

HUBER, Diane L; MCCLELLAND, Eleanor. Patient preferences and discharge planning transitions. **Journal Of Professional Nursing**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.204-210, jul. 2003. Elsevier BV. DOI: 10.1016/s8755-7223(03)00071-1. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S8755722303000711?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 09 set. 2015.

HUNT, V. Daniel. Process mapping: how to reengineer your business processes. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996. – mapeamento de processos

JESTON, John; NELIS, Johan. **Business Process Management: Pratical guidelines to successssful implementations**. 3. ed. London: Routledge, 2014. 640 p.

JOHANSSON, Henry J. et al. **Processos de negócios**. São Paulo: Pioneira, 1995. – mapeamento de processos

LIMA, André Monteiro; SOUSA, Cristina Silva; CUNHA, Ana Lucia Silva Mirancos da. **SEGURANÇA DO PACIENTE E MONTAGEM DE SALA OPERATÓRIA: ESTUDO DE REFLEXÃO. Revista de Enfermagem: UFPE Online**, Recife, v. 1, n. 7, p.289-294, 03 jan. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Vista/Documents/artigos/montagem da sala de cirurgia.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina:eduel, 2003. p.11-25. – procedimentos de coleta e análise de dados

MAO, Peres. **Implantação da cirurgia ambulatorial simplificada em hospital comunitário. Análise de resultados**. Campinas, 1992. Tese de Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

MARELLA, Andrea. **Modeling Business Processes with BPMN**. Roma: Dipartimento di Informatica e Sistemistica Antonio Ruberti, 2012. 97 slides, color. Disponível em: <http://www.dis.uniroma1.it/~marrella/slides/Sem_PM_11-12_BPMN.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

MATTAR, N. F. **Pesquisa de marketing**. 4. ed. Edição Compacta. São Paulo: Atlas, 2008.

MEDICI, A.C.. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 149-156, June 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000200034>.

Mutti R. O primado do outro sobre o mesmo... . In: **Anais do 10 Seminário de Estudos em Análise de Discurso**; 2003 Nov 10-13; Porto Alegre, Brasil [CDROM]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2003. – análise do discurso

OLIVEIRA, D. P. R. **Administração de Processos: Conceitos, Metodologias, Práticas**. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, Saulo Barbará de; ALMEIDA NETO, Mario de Araujo. Análise e modelagem de processos. In: VALLE, Rogerio; OLIVEIRA, Saulo Barbará de. **Análise e Modelagem de Processos de Negócios: Foco na notação BPMN**. São Paulo: Atlas, 2013. Cap. 5. p. 37-51.

PAIM, Rafael; CARDOSO, Vinícius; CAULLIRAUX, Heitor. **Gestão de Processos: Pensar, agir e aprender**. Porto Alegre: Bookman, 2009. 327 p.

Palumbo LT, Paul RE, Emery FB. Results of primary inguinal hernioplasty. Arch. surg.1952;64:384-94.

PATTERSON, Emily et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. **International Journal For Quality In Health Care**, Oxford, v. 16, n. 2, p.125-132, mar. 2004. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/2/125>>. Acesso em: 01 out. 2015.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O AUXILIAR E O TÉCNICO DE ENFERMAGEM: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p.425-429, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a08>>. Acesso em: 03 out. 2015.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, p. 492-499, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015>.

PETROIANU, Andy. Elogio à cirurgia. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 2, p. 81-82, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912011000200001>.

PINTO, Tatiane Vegette; ARAUJO, Izilda Esmênia Muglia; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 2, p. 208-215, Apr. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200012>.

POMPEO, Daniele Alcalá et al . Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p.

345-350, Sept. 2007. Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300017>.

PORTER, Michel. *Estratégia Competitiva: técnica para a análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

REID, Craig. **A Brief History Of Process**: From the Industrial Revolution To Today. 2012. Disponível em: <<http://www.bpmleader.com/2012/05/31/a-brief-history-of-process---from-the-industrial-revolution-to-today/>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

RIBEIRO, Elisa Antonia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá, v. 1, n. 4, p.129-148, jun. 2008. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/tecnica_coleta_dados.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

RIZZO, Paulo (Ed.). **Universidades federais têm um terço dos recursos bloqueados pelo MEC**: Falta dinheiro para serviços terceirizados e programas para estudantes. Instituições vão cobrar uma resposta do governo esta semana.. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2015/02/universidades-federais-tem-um-terco-dos-recursos-bloqueados-pelo-mec.html>>. Acesso em: 30 fev. 2015.

RUNY, L. A.. Patient safety in the operating room. **Pubmed**, Bethesda, v. 3, n. 81, p.49-54, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17444404>>. Acesso em: 01 out. 2015.

Salvador, A.D. *Métodos e técnicas de pesquisas bibliográficas: elaboração de trabalhos científicos*. 8.ed. Porto Alegre: Sulina, 1980. – coleta de dados

SANTOS, J.S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.36, n.2/4, p.498-515, 2003.

SANTOS, José Sebastião dos et al. CIRURGIA AMBULATORIAL: DO CONCEITO À ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E SEUS RESULTADOS. **Revista Brasileira de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 41, p.274-286, jul. 2008. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_4Cirurgia_ambulatorial.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

SELIGMAN, Martin; CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. Positive psychology: An introduction. **Pubmed**, Philadelphia, v. 1, n. 55, p.5-14, jan. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392865>>. Acesso em: 02 out. 2015.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SOLET, Dj et al. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. **Pubmed**, Bethesda, v. 12, n. 80, p.1094-1099, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16306279>>. Acesso em: 01 out. 2015.

STABELL, Charles B. e FJELDSTAD, Oystein. Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic Management Journal*, Norwegian School of Management, Sandvika. Vol 19, p.413-437, 1998.

SUGIOKA, K; DAVIS, JE. Selecting the patient for major ambulatory surgery. Surgical and anesthesiology evaluations. **PubMed**, Surg Clin North, V. 67, p. 721-732, ago. 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3603332>>. Acesso em 2 jul. 2015.

TAVARES, Viviane (Ed.). **Hospitais universitários pedem socorro**: Único exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares efetivamente em funcionamento já apresenta problemas. Quase metade dos hospitais universitários já aderiu a este modelo. 2014. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/27416>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

THOMPSON, James. 1967. **Organizations In Action**. New York: McGraw-Hill.

VALLE, Rogério; OLIVEIRA, Saulo Barbará de (Org.). **Análise e Modelagem de Processos de Negócio**: Foco na notação BPMN (Business Process Modeling Notation). São Paulo: Atlas, 2013. 207 p.

VALLE, Rogerio; OLIVEIRA, Saulo Barbará de; BRACONI, Joana. Descrevendo os processos de sua organização. In: VALLE, Rogerio; OLIVEIRA, Saulo Barbará de. **Análise e Modelagem de Processos de Negócios**: Foco na notação BPMN. São Paulo: Atlas, 2013. Cap. 4. p. 28-36.

VERNADAT, F.B. Enterprise modeling and integration: principles and applications. Chapman & Hall, 1996. - subprocesso

WAYNE, Jd et al. Simple standardized patient handoff system that increases accuracy and completeness. **Pubmed**, Bethesda, v. 6, n. 65, p.476-485, nov. 2008.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059181>>. Acesso em: 01 out. 2015.

WESKE, Mathias. **Business Process Management**. Berlin: Springer-verlag, 2012. 291 p.

WHITE, Stephen A.. **Introduction to BPMM**. s.d.. Disponível em: <[https://www.bizagi.com/docs/Introduction to BPMN.pdf](https://www.bizagi.com/docs/Introduction%20to%20BPMN.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2015.

WILSON, William; GRANDE, Christopher; HOYT, David. **Trauma: Emergency Ressuscitation, Perioperative Anesthesia, Surgical Management**. Volume I. CRC Press, 2007. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=seGQITiSx6UC&pg=PA7&lpg=PA7&dq=academy+of+gundishapur&source=bl&ots=o1j75TZ2oz&sig=20xjrylN0Q8AhvkLaBICHGxqENY&hl=en&sa=X&ei=Al-JVfjrEKLisATpuJqYCA&sqi=2&ved=0CE4Q6AEwCQ#v=onepage&q=academy%20of%20gundishapur&f=false>>. Acesso em: 20 jun. 2015, 16:00.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia da pesquisa**. Apostila elaborada para o curso de administração na modalidade a distância. Brasília: UnB, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Entrevista 1

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Chefe de enfermagem do CCA.

- 1- Quantas pessoas trabalham exclusivamente no CCA?
- 2- Quantos médicos atendem no CCA?
- 3- Quantos enfermeiros trabalham no CCA?
- 4- Quantos profissionais de outros cargos trabalham no CCA?
- 5- Como é a estrutura hierárquica do CCA?
- 6- Quem são os principais agentes dos processos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 7- Quais são os principais materiais usados nos processos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 8- Quais são os setores que operam nos processos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 9- Quais são os requisitos essenciais para o início dos processos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 10- Quais são os requisitos que o paciente deve cumprir para o início dos processos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 11- Quais os requisitos que o hospital deve cumprir para o início dos processos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)

- 12- Quais as etapas dos processos são essenciais em cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 13- Existem processos que necessitam de atividades em comum? Quais? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 14- Como ocorre o contato com o a paciente? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 15- Como ocorre o contato com o médico? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 16- Como ocorre o contato com outros profissionais externos ao CCA? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 17- Em sua opinião, esses contatos são eficientes? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 18- Quais são as maiores dificuldades de cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 19- Os materiais e recursos estão adequados para cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 20- Como ocorre a troca de informações e responsabilidades entre subprocessos?
- 21- Como ocorre a troca de informações e responsabilidades dentro do subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 22- Como se iniciam cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 23- Quais são algumas perguntas e precauções tomadas antes do início de cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)

- 24- Como ocorre o tratamento com o paciente em cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 25- Depois do início, quais e como são as etapas posteriores de cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 26- Existem atividades paralelas ocorrendo junto com os subprocessos? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 27- Como é finalizado cada subprocesso? (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 28- Como é feita a liberação dos pacientes em cada subprocesso/ (Pré-operatório, recepção no dia da cirurgia, preparo da sala de cirurgia, operação cirúrgica, pós-operatório e alta)
- 29- Como é feito o treinamento dos funcionários?
- 30- Quantos pacientes comparecem ao CCA por dia?
- 31- Quantas cirurgias são canceladas por dia?
- 32- O que é feito quando essas cirurgias são canceladas?
- 33- Qual clínica envia mais pacientes?

Apêndice B – Entrevista 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA

12 funcionários fixos do CCA

- 1- Cargo?
- 2- Formação?
- 3- Há quanto tempo trabalha no HUB?
- 4- Há quanto tempo trabalha no CCA?
- 5- Quais são os materiais mais utilizados no CCA?
- 6- Quais são as estruturas físicas utilizadas no CCA?
- 7- Quem são todos os participantes que você consegue lembrar que atuam no CCA?
- 8- Você considera os recursos do CCA adequados?
- 9- O que poderia ser melhorado no CCA facilmente, na sua opinião?
- 10- Você sabe o que é Gestão de Processos?
- 11- Você acredita que uma melhor organização dos processos pode melhorar os serviços do CCA?
- 12- Você conhece os processos do CCA?
- 13- Você tem o entendimento completo de toda atividade exercida no CCA?
- 14- Você poderia suprir outro colega em sua atividade caso esse falte?
- 15- Qual é o processo/atividade mais importante hoje no CCA, em sua opinião?
- 16- Você sabe o que é o conceito de Handoff?
- 17- Você consegue ver momentos de Handoff no CCA?
- 18- Você acha que a troca de responsabilidades sob o paciente ocorre de forma adequada?
- 19- Você acha que a troca de responsabilidades ocorre de forma adequada entre os funcionários?
- 20- O que se pode fazer para melhorar a troca de responsabilidades?
- 21- Como pode ser melhorada a comunicação no CCA?
- 22- Como pode ser melhorada a comunicação durante a cirurgia, na sua opinião?

ANEXOS

Anexo A – Estatuto da Empresa Z

